Niveau(x) d'enseignement : 7 Numéro EDUQ : 9270621
Centre d'intérêt : 240

Rousseau, Gilbert.

La problématique des besoins de services de santé au collégial : portrait de la situation : rapport de recherche / Gilbert Rousseau. -- [Québec? : Direction générale de l'enseignement collégial?], 1992.
xx, 162 p. ; 28 cm.

Résumé : p. [v]-xi. Comprend des bibliogr.

ISBN 2-550-26234-4

Descripteur(s) : Service de santé • Santé • Besoins de l'étudiant • Jeunesse • Adolescent • Cégépien • Habitudes • Population collégiale • Réforme • Statistiques • Collégial (Ordre d'enseignement)

Identificateur(s) de nom : Québec (Province)

La problématique de recherche développée dans ce rapport s'articule autour de deux grands thèmes : 1. les besoins spécifiques des jeunes en matière de santé; 2. la nécessité d'offrir des services de santé dans les cégeps. Le rapport comporte quatre chapitres traitant des divers aspects des besoins de santé des jeunes et des moyens mis en oeuvre pour les combler. Le premier chapitre décrit le mandat de la recherche, son contexte de réalisation et la méthodologie de la démarche. Le second chapitre traite de la problématique de la recherche. On y aborde, dans une première section, la question de la représentation démographique de la jeunesse inscrite dans les établissements d'enseignement collégial. La seconde section traite du concept de jeunesse et de la réalité sociale qu'il recouvre. La troisième décrit les principaux problèmes de santé chez les jeunes. Au chapitre trois, on décrit l'offre des services de santé dans les cégeps. Enfin, le quatrième chapitre traite des éléments de la réforme du système des services de santé et des services sociaux qui concernent particulièrement les services de santé offerts aux jeunes.

Type de document :

9270621

LA PROBLÉMATIQUE DES BESOINS DE SERVICES DE SANTÉ AU COLLÉGIAL :

PORTRAIT DE LA SITUATION

Québec

LA PROBLÉMATIQUE DES BESOINS

DE SERVICES DE SANTÉ AU COLLÉGIAL :

PORTRAIT DE LA SITUATION

Rapport de recherche

Gilbert Rousseau
EDUCONSEIL, Spécialistes de la recherche en éducation Inc.

Mars 1992

«VIVRE pour un jeune, c'est beaucoup
plus que traverser son collège !»
Jean-Guy Gaulin (1988)

LE RÉSUMÉ

Nous résumons ci-dessous les principales dimensions traitées dans le présent rapport. Nous vous présentons l'articulation globale de l'argumentation développée tout au long de cette étude ainsi que ses principales conclusions.

La problématique de recherche développée dans le rapport s'articule autour de deux grands thèmes :

1. les besoins spécifiques des jeunes en matière de santé;

2. la nécessité d'offrir des services de santé dans les cégeps.

Elle s'appuie, par ailleurs, sur deux concepts entourant le phénomène étudié à savoir le concept de santé et celui de jeunesse.

Le concept de santé a été considéré dans son sens le plus global. Tout au long de cette étude la santé touche non seulement l'absence de pathologie chez une personne, mais également ses conditions de vie sociales, économiques et psychologiques. Quant au concept de jeunesse, il recouvre à la fois une réalité chronologique et une réalité psychosociale. En effet, à l'instar d'une multitude d'auteures et d'auteurs, nous avons considéré pour les fins d'analyse que la jeunesse se situe en matière d'âge entre 15 et 24 ans et qu'elle comporte un moment charnière dans la vie de la personne.

Avant de décrire certaines caractéristiques psychosociales de la jeunesse, il est intéressant d'en présenter quelques aspects démographiques. L'effectif scolaire de l'ensemble des établissements d'enseignement collégial au Québec s'élève à près de cent cinquante-cinq mille personnes. L'effectif scolaire des seuls cégeps (Collège d'enseignement général et professionnel) s'élève à près de cent trente-cinq mille personnes. Que l'on considère l'effectif collégial ou l'effectif des cégeps, le groupe d'âge des 15-19 ans représente 70 % des élèves et celui des 20-24 ans environ 21 %. La comparaison de l'effectif scolaire avec la population québécoise des mêmes groupes d'âge révèle la concentration de celle-ci dans les établissements d'enseignement collégial. En effet, une personne sur quatre âgées de 15 à 19 ans fréquente un établissement d'enseignement collégial; une sur cinq fréquente un cégep. Pour le groupe d'âge des 20-24 ans la proportion est de une personne sur seize tant pour l'ensemble des établissements d'enseignement collégial que pour les seuls cégeps. Enfin, soulignons que les femmes composent majoritairement cette population puisqu'elles forment 55,8 % de l'effectif scolaire de l'ensemble des établissements d'enseignement collégial et 54,4 % de celui des cégeps.

L'importance de ces données ressort davantage lorsqu'elles sont mises en relation avec les caractéristiques psychosociales des personnes de cet âge et des problèmes de santé qui y sont associés. La synthèse de l'information sur les caractéristiques de l'adolescence nous apprend essentiellement trois choses. Tout d'abord, la notion d'adolescence constitue une réalité sociale récente dans notre histoire culturelle et la durée de cette période de la vie tend à s'allonger sous l'effet de divers facteurs socio-économiques et même biologiques. Mentionnons une puberté plus précoce et une scolarisation plus longue et plus généralisée. Il paraît peu réaliste aujourd'hui de

fixer une frontière précise, quant à l'âge, entre l'adolescence et l'âge adulte. Il est plus approprié d'aborder cette question en intervale d'âge pour tenir compte de la diversité des processus de maturation psychosociale des individus. À ce sujet, la littérature spécialisée situe le début de l'adolescence (âge de la puberté) entre 10 et 13 ans selon le sexe et sa fin vers le début de la vingtaine, la fin de l'adolescence étant davantage déterminée par des facteurs psychosociaux que biologiques. Donc, que l'on parle des adolescentes et des adolescents, des jeunes personnes ou des jeunes adultes, nous renvoyons, dans ce rapport, à la même réalité sociale des personnes âgées, pour celles fréquentant les cégeps, majoritairement entre 15 ans et 20 ans.

Ensuite, quelle que soit la conception de l'adolescence, transition entre l'enfance et l'âge adulte ou période de la vie au même titre que l'enfance et l'âge adulte, un consensus se dégage à savoir que la jeune personne vit une période cruciale de sa vie marquée notamment par de nombreux apprentissages dans le domaine psychosocial. C'est une période où la jeune personne fait l'apprentissage de son autonomie affective et établit une relation amoureuse qui implique parfois une vie de couple. En outre, cette période est particulièrement marquée par l'apprentissage de la confiance en soi. À cet égard, l'image de soi est déterminante notamment chez les femmes. Rappelons à ce sujet certaines habitudes de vie comme le tabagisme et l'alimentation (l'anorexie et la boulimie étant des cas limites) qui peuvent avoir un effet négatif sur la santé à court et à long termes.

Enfin, l'image de l'adolescence insouciante et folichonne est loin de la réalité sociale de ces personnes et même, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle serait l'une des périodes les plus difficiles de la vie. Les transformations importantes vécues par les jeunes personnes, les conditions socio-économiques incertaines, etc., sont sources de stress et d'angoisse. L'ouverture à un monde de consommation, l'incertitude dans la recherche d'un idéal à atteindre, la définition d'un projet de vie, la compétition à tous les niveaux, sont, entre autres réalités, des éléments qui contribuent parfois à mener la jeune personne sur la voie d'habitudes néfastes à sa santé. Mentionnons à titre d'exemples, la consommation des drogues, de l'alcool et le tabagisme. Même des valeurs socialement valorisées comme l'écologisme peuvent avoir un effet négatif sur la santé; les problèmes de santé liés à la pratique intensive de certaines disciplines sportives comme le jogging et la danse, en sont des exemples.

L'élève des cégeps n'échappe pas à la réalité psychosociale des jeunes de son âge. Il les vit peut-être encore plus intensément compte tenu de l'âge auquel il arrive au cégep et des conditions dans lesquelles se déroulent ses études. La vaste majorité des élèves arrivent au cégep vers l'âge de 17 ans. La transition entre le secondaire et le collégial n'est pas toujours facile. Certaines formes d'aide ont été développées dans quelques cégeps, dont le parrainage, pour faciliter ce passage à certains groupes d'élèves considérés à risque. L'élève doit vivre la transition entre un milieu fermé où tout ce qu'il fait est déterminé et bien encadré à un milieu ouvert dans lequel il doit apprendre à organiser seul sa vie au quotidien. Cet apprentissage de l'autonomie dans son milieu d'étude se double parfois de l'apprentissage de l'autonomie dans la vie quotidienne. La transition entre le milieu familial et la vie en chambre ou en appartement, et les apprentissages correspondants, comporte également des difficultés pour les jeunes.

Le cégep en tant qu'ordre d'enseignement présente de plus une particularité intéressante. La cégépienne ou le cégépien vit sa période de formation au cégep comme un lieu d'apprentissage nécessaire, mais transitoire, entre le secondaire, d'où il arrive, et ce qui constitue son objectif ultime, à savoir le marché du travail ou l'université. Cette transition est également marquée par ses difficultés et ses incertitudes. Ses difficultés, parce que le cégep est un lieu de transition, peuvent amener l'élève à ne pas «vivre» cette période, mais l'amener à «passer» son cégep. D'où l'importance du cégep comme milieu de vie dans lequel l'élève crée un réseau social de relations et «vit» son cégep. Ses incertitudes; elles sont liées en grande partie à l'avenir. Ce sont les incertitudes liées aux options accessibles à l'université dans un contexte où de plus en plus d'options sont contingentées. Ce sont également celles liées à l'emploi escompté à l'arrivée sur le marché du travail dans un contexte économique dont les horizons de l'emploi sont plus souvent qu'autrement obscurcis par les ombres du sous-emploi chronique de la main-d'oeuvre qui frappe plus particulièrement les jeunes.

L'adolescence ou le jeune âge adulte se caractérise donc par de nombreux changements et des exigences dans les apprentissages sur le plan psychosocial. De plus, cette période de la vie est également marquée chez certains groupes de jeunes par des problèmes familiaux et sociaux qui accentuent les difficultés de vie propres à cet âge. Les problèmes de santé, hormis ceux liés à des dysfonctionnements physiologiques ou à des lésions corporelles, sont, à cet âge, majoritairement et étroitement reliés aux habitudes de vie. D'une manière générale les jeunes sont en bonne santé c'est-à-dire que leur état de santé est globalement bon. Par ailleurs, leur contexte social de vie les amène parfois à développer certaines habitudes de vie qui entraînent, à plus ou moins long terme, des problèmes de santé. Mentionnons à titre d'exemple la consommation d'alcool qui peut avoir des conséquences tragiques lorsque combinée à la conduite automobile.

Les études relatives à la santé que nous avons consultées mettent en lumière le rôle essentiel des déterminants sur l'état de santé des populations et des personnes. À cet égard, les conditions environnementales et socio-économiques d'existence et les habitudes de vie sont parmi les déterminants les plus importants de l'état de santé. Or, les données résumées dans ce document sur quelques-uns des problèmes de santé rencontrés chez les jeunes personnes mettent en évidence l'adoption par celles-ci d'habitudes de vie à risque. Certes, les jeunes personnes ne présentent pas toutes le même degré de risque quant à l'incidence de certains problèmes de santé. Il faut par ailleurs constater que certains comportements sont communs à des proportions élevées de jeunes personnes.

Il importe, selon nous, de retenir que les jeunes personnes, dans des proportions parfois élevées, adoptent des habitudes vie ou des comportements susceptibles d'avoir une incidence négative à plus ou moins long terme sur leur état de santé. Les élèves des cégeps, de par leur âge et leurs caractéristiques psychosociales, adoptent les mêmes valeurs, les mêmes comportements et les mêmes habitudes de vie, bonnes ou mauvaises, que les autres jeunes du même âge qui fréquentent d'autres écoles ou qui sont sur le marché du travail.

Les habitudes de vie sont étroitement liées aux valeurs des personnes. Les comportements préventifs sont étroitement liés à la connaissance de l'existence du risque, mais surtout à l'intégration et à la conscience des conséquences liées à ce risque. Or, la sensibilisation à l'existence de risque passe par une information adéquate, accessible et adaptée à la réalité des jeunes.[1-*] Cette information doit renseigner positivement et contribuer à dissiper les préjugés et les croyances négatives. La connaissance du risque est essentielle, mais insuffisante puisque des études effectuées auprès de groupes de jeunes montrent que ces derniers ont tendance à sous-estimer les risques liés à leurs comportements.

Il est dans un premier temps essentiel de souligner que les cégeps, dès leur création, ont offert des services de santé parce qu'ils étaient jugés essentiels. La situation a toutefois bien évolué depuis cette époque. En effet, l'«infirmerie» des débuts a cédé la place à des services diversifiés dans lesquels la promotion de la santé et la prévention occupent l'avant-scène des interventions des services de santé. Cette évolution réflète non seulement un changement dans la conception même de la santé, mais également un ajustement aux besoins des élèves. Les cégeps ont ainsi, année après année, consacré des ressources financières et humaines importantes à l'offre de ces services, notamment en acquérant des équipements adaptés.

Les services de santé dispensés dans les cégeps sont régis par une entente intervenue entre le ministère de l'Éducation du Québec et le ministère des Affaires sociales en 1976. Intitulé *Guide pour assurer les services de santé aux élèves des commissions scolaires et aux étudiants des collèges d'enseignement général et professionnel*, ce guide «expose les principes et les modalités suivant lesquels les deux ministères entendent procéder en vue de maintenir ou d'améliorer les services de santé aux élèves et aux étudiants.» Les responsabilités respectives des ministères, des établissements de santé et d'enseignement y sont décrites systématiquement. Ainsi, au palier local, l'identification des besoins en matière de santé et les moyens de les satisfaire sont des responsabilités partagées et conjointes de l'établissement hospitalier et de l'établissement d'enseignement. De plus, l'entente prévoyait la création d'un comité mixte formé d'un nombre égal de représentants de chaque partie afin de voir à l'application de ladite entente. Or, une enquête effectuée en 1989 par la Fédération des cégeps montre que ces comités locaux n'ont pas eu, ou n'ont plus, l'existence et la vitalité souhaitées dans l'entente. En fait, ces comités remplissent leurs fonctions dans à peine un cégep sur trois. Évidemment, cela ne signifie pas que les tâches prévues à l'entente ne sont pas réalisées. Il semble qu'elles soient assumées de facto par le personnel infirmier qui est, faut-il le mentionner, rattaché au CLSC et qui travaille en collaboration avec le service des affaires étudiantes. Si un tel partage des tâches comporte des avantages comme celui de minimiser les énergies dépensées à tenir des réunions ou celui d'assurer une coordination efficace et rapide entre les deux types d'établissements, il comporte, selon nous, également des désavantages. Mentionnons entre autres choses le fait qu'un nombre restreint de personnes dans l'établissement de santé et dans le cégep participent à la définition des besoins, à l'élaboration des priorités, etc. Or, la présence de personnes venant de l'un et de l'autre milieu à un même comité permet certainement de s'informer et de se sensibiliser

---

* Se reporter à la fin de chacun des chapitres pour les notes et les références du document.

réalité respective. Considérées sous cet angle, les données de l'enquête de la Fédération nous révèlent une situation où toutes les possibilités liées à l'existence et au fonctionnement d'un tel comité de concertation entre les deux établissements n'ont sans doute pas été entièrement exploitées.

Parmi les orientations privilégiées par la réforme du système de services de santé et des services sociaux proposée par le MSSS du Québec, celle concernant l'offre des services adaptés aux besoins des différentes clientèles retient notre attention. Pour atteindre les objectifs liés à cette orientation la réforme prévoit : «corriger les problèmes d'accessibilité de l'ensemble de la population à des services spécifiques; (et) adapter l'ensemble des services aux besoins de groupes particuliers.» Et pour corriger les problèmes d'accessibilité au réseau de la santé et des services sociaux, l'une des mesures retenues consiste à «consolider le réseau de première ligne»; ce qui donnerait au CLSC un rôle plus important notamment du point de vue de la voie d'accès aux services de santé. En ce qui concerne les besoins de groupes particuliers, le ministre formule les deux constats suivants : d'une part, la situation sociosanitaire du Québec s'est «modifiée au cours des dernières décennies» et, d'autre part, le réseau de «la santé et des services sociaux n'a pas toujours su adapter ses services et ses approches pour répondre soit aux problèmes, soit aux clientèles en émergence». Dans ce contexte, il propose d'adapter l'ensemble des services aux besoins de groupes particuliers. Parmi ces groupes une attention particulière est accordée aux jeunes parce qu'à plusieurs égards ils constituent des groupes à risque. La réforme prévoit donc «intensifier les activités préventives auprès des jeunes en matière d'usage des drogues et d'abus d'alcool, de MTS, de santé mentale (notamment le suicide), de décrochage scolaire, d'itinérance, de prostitution juvénile, de violence».

Les mesures relatives aux jeunes annoncées par le ministre considèrent comme critères de sélection, l'âge et le milieu de vie. Ainsi, certaines mesures s'adressent au groupe d'âge des 11 ans et moins et certaines s'adressent aux jeunes en milieu scolaire. Cependant, en milieu scolaire la priorité sera accordée aux jeunes du primaire alors qu'aucune des mesures annoncées ne visent les jeunes du secondaire dans leur milieu d'étude. Pour les jeunes de ce groupe d'âge, soit 12 à 18 ans, le Ministre entend «développer des services de consultation» sans toutefois préciser l'organisme qui sera responsable de l'application de ces mesures. Cependant, dans l'esprit de la réforme, ces mesures devraient être mises en oeuvre par les CLSC.

En relation avec les services de santé offerts aux jeunes, deux éléments visent les cégeps dans le projet de réforme. Le premier concerne l'intention d'«intensifier les activités préventives auprès des jeunes» et le second concerne l'orientation «d'adapter les services aux besoins de groupes particuliers». La mesure préconisée ci-dessus soit de «développer des services de consultation spécialement destinés aux jeunes de 12-18 ans» s'inscrit dans cette volonté d'agir auprès de groupes cibles notamment les adolescents et jeunes adultes.

Les mesures préventives pour les jeunes nous semblent particulièrement appropriées puisque la majorité des problèmes de santé vécus par les jeunes sont liés à de mauvaises habitudes de vie. Par ailleurs, la réforme reste muette quant aux activités de promotion de la santé. Or, la problématique de santé chez les jeunes montre clairement l'importance qu'il faut accorder à

l'information, à la sensibilisation et à l'éducation aux bonnes habitudes de vie; l'essence même des activités de promotion de la santé.

Le second élément touche à la volonté d'adapter les services aux besoins de groupes particuliers dont les jeunes.

Le ministre mentionne la création de «services de consultation» destinés aux jeunes âgés de 12 à 18 ans. Cette délimitation stricte de l'accessibilité au programme en fonction de l'âge soulève quelques difficultés parce que les problèmes vécus par les adolescentes et les adolescents et les jeunes adultes ne connaissent pas cette frontière d'âge. Ainsi, les jeunes de 18 ans et plus, qui sont dans le réseau scolaire ou ailleurs, vivent les mêmes problèmes que ceux qui ont tout juste un peu moins de 18 ans : les problèmes reliés à la consommation de drogue, les maladies transmissibles sexuellement, les problèmes de santé mentale, etc. Et ces jeunes, juste un peu plus âgés, ne font pas l'objet de mesures spécifiques.

Mentionnons enfin que dans son texte le ministre rappelle que la population en bout de ligne assume les coûts des services de santé et des services sociaux. Or, il nous semble que les sommes investies dans les services de santé des cégeps par les CLSC constituent un bon placement compte tenu, d'une part, du pourcentage de jeunes Québécoises et Québécois ainsi joints et, d'autre part, de l'achalandage des services de santé des cégeps. Faut-il rappeler ici que chez le groupe d'âge des 15-19 ans, un jeune sur cinq fréquente le cégep ? Et compte tenu que les jeunes fréquentent peu les services du réseau de la santé, l'intervention des services de santé des cégeps auprès de cette partie de la population apparaît donc une action efficace.[2]

Y-a-t-il des besoins spécifiques en matière de services de santé pour les élèves des cégeps ? La réponse à cette question comporte deux volets. Le premier volet concerne les besoins spécifiques en tant qu'élèves des cégeps; à ce volet nous répondons par la négative. Il n'y a pas en effet de problèmes spécifiques de santé et donc de besoins spécifiques de services de santé pour les élèves des cégeps. Le second volet de la réponse concerne les besoins spécifiques des élèves des cégeps en tant que jeunes personnes (adolescentes, adolescents, jeunes adultes, ou autres désignations). À ce volet nous répondons par l'affirmative, c'est-à-dire oui il y a des problèmes spécifiques de santé propres à ces jeunes personnes et oui il y a des besoins pour des services spécifiques de santé.

Doit-on offrir des services de santé dans les cégeps ? À cette question nous préférons la question suivante : pourquoi offrir des services de santé dans les cégeps ? Mentionnons tout d'abord que les jeunes fréquentent peu les services de santé même lorsque cela est nécessaire. En effet, les jeunes ne se sentent pas à l'aise dans les établissements du réseau de la santé selon les données du Rapport des Audiences publiques sur la jeunesse. Or, les services de santé des cégeps affichent un achalandage élevé. Plusieurs raisons expliquent, selon notre analyse, cette fréquentation. Il y a tout d'abord la proximité du service de santé du milieu de vie des cégépiennes et des cégépiens. Cette facilité d'accès offre bien sûr la proximité physique des lieux, mais aussi, et c'est là peut-être l'aspect le plus important, le contact humain. En effet, les intervenantes et les intervenants en santé des cégeps «ont» le même milieu de vie que les

cégépiennes et les cégépiens. Cette fréquentation quotidienne du même milieu de vie se traduit d'abord par une «visibilité» des intervenantes et des intervenants. Cela leur permet d'établir des contacts humains avec les élèves; fondement premier d'une relation de confiance. Cette relation de confiance est essentielle pour l'efficacité de l'intervention des services de santé auprès des jeunes. En outre, ce partage du même milieu de vie permet aux intervenantes et aux intervenants d'être quotidiennement en contact avec les valeurs, les attitudes et les comportements des jeunes. Cette connaissance du milieu et de ses valeurs est essentielle pour intervenir avec efficacité auprès des jeunes. Ceux-ci veulent être aidés et surtout ne pas être blâmés ou jugés sur la base d'un discours moralisateur. La relation d'aide vise d'abord et avant tout à sensibiliser la jeune personne à sa situation et à l'amener à adopter un comportement responsable envers elle-même et envers les autres.[3]

Enfin, il nous apparaît que le cégep dont la mission première est la formation de type «fondamental», laquelle vise le «développement intégral de la personne»[4], constitue le lieu tout désigné pour insérer dans celle-ci l'éducation à la santé.

La discussion d'ensemble de ce document nous amène à établir ceci : de la même façon que pour comprendre la santé des jeunes il nous faut accepter la notion de santé globale, pour comprendre l'éducation des jeunes il nous faut accepter la notion de formation fondamentale incluant l'éducation à la santé.

NOTES

1. Il nous semble qu'une des premières démarches à faire pour adapter les interventions à la réalité des jeunes (à leur monde de valeurs) c'est de connaître leur perception des problèmes de santé auxquels ils sont confrontés et surtout de comprendre leur perception des risques liés à leur comportement. À ce sujet nous citons les conclusions d'une enquête menée auprès de jeunes du secondaire (12-18 ans) : «Les résultats de notre étude indiquent que la perception des adolescents en regard des problèmes qui les affectent diffère à plusieurs égards de la perception qu'ils ont des problèmes qui peuvent être identifiés sur la base d'une perspective épidémiologique. Il faudrait en conséquence accorder davantage de considération et d'importance aux perceptions qu'ont les adolescents de leurs besoins lors de la programmation et de la distribution des services de santé qui leur sont destinés, si l'on tient à ajuster nos interventions aux préoccupations des adolescents d'aujourd'hui et aux problèmes avec lesquels ils sont réellement confrontés.» PELLETIER, La perspective des adolescents sur leur santé: rapport de recherche, p. 206.

2. Il est vrai que les jeunes fréquentent peu les services de santé, mais cela «...ne veut pas dire pour autant que les jeunes n'ont pas de besoins réels.» Commentaires de la Fédération des CLSC..., p. 10.

3. Développer cette expertise demande certaines qualités personnelles comme le souligne Jean-Guy Gaulin : «...les qualifications d'un bon personnel des Affaires étudiantes sont les suivantes : un grand amour des jeunes, une grande polyvalence et un bon sens pratique, un bon sens de l'**HUMOUR** et du service gratuit, non gratifiant. On ne peut pas aimer des jeunes dont on a **PEUR** ou qui nous **DÉRANGENT** dans nos valeurs établies.» Le rôle des Services aux étudiants..., op. cit., p. 12.

4. L'édition commentée du Règlement sur le régime pédagogique du Collégial précise : «...le trait le plus caractéristique de l'enseignement collégial réside dans le fait qu'il est appelé à dispenser une formation de type fondamental.» QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Édition commentée du règlement sur le régime pédagogique du collégial, (L.R.Q., c. C-29, a. 18), Québec, ministère de l'Éducation du Québec, 1984, p. 6-7.

LES REMERCIEMENTS

En tant qu'auteur du présent rapport, j'ai bénéficié de l'appui de nombreuses personnes au cours de la réalisation du travail de recherche. Je tiens à souligner ici l'apport de certaines d'entre elles, qui ont, plus que d'autres, participé à cette démarche de recherche.

En premier lieu, je remercie les membres du comité aviseur de leur disponibilité et du partage de leur expérience du milieu. Je remercie particulièrement messieurs Serge Bourgeois, Rémi Blouin, Louis Jolicoeur et Pierre Pépin, membres du comité santé de la commission des affaires étudiantes de la Fédération des cégeps, qui ont su sensibiliser les DSAE à l'importance de collaborer à cette recherche notamment par l'envoi de la documentation pertinente au chercheur. Je remercie également madame Raymonde Pépin, membre de ce comité et présidente du Regroupement des infirmières de CEGEP du Québec. Elle a suscité la participation active à nos travaux des membres du Regroupement à qui j'adresse ici également mes remerciements.

Je tiens à remercier tout spécialement monsieur Régis Malenfant, responsable de la conduite de la recherche qui, pour sa part, a dirigé avec doigté l'ensemble des travaux de recherche.

Je remercie également madame Jeannine Beaulieu ainsi que monsieur Louis Jolicoeur qui ont relu le rapport et qui par leurs commentaires judicieux ont permis d'en améliorer la forme.

Je transmets mes remerciements les plus affectueux à madame Lise Horth, ma compagne de vie qui m'a soutenu tout au long de la recherche non seulement sur le plan personnel, mais aussi en sa qualité de chercheuse expérimentée, sur le plan professionnel.

Je remercie enfin les nombreuses personnes qui, d'une manière ou d'une autre, ont rendu possible la réalisation de cette recherche. Quelle que soit l'aide reçue, l'auteur demeure seul responsable du contenu de ce rapport.

LA TABLE DES MATIÈRES

LE RÉSUMÉ V

LES REMERCIEMENTS XIII

LA TABLE DES MATIÈRES XV

LA LISTE DES ANNEXES XVI

LA LISTE DES TABLEAUX XVII

LE LEXIQUE XXI

L'INTRODUCTION 1

1. LE MANDAT, LE CONTEXTE ET LA MÉTHODOLOGIE 3

2. LA PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE 7
- 2.1. La représentation démographique de la jeunesse inscrite au collégial 7
- 2.2. Quelle réalité sociale recouvre le concept de jeunesse ? 10
- 2.3. La santé chez les jeunes 22
  - 2.3.1. Les causes de mortalité chez les jeunes 21
  - 2.3.2. Les problèmes de santé chez les jeunes 21
  - 2.3.3. Les besoins de santé chez les jeunes 26
  - 2.3.4. L'incidence des habitudes de vie des jeunes sur leur santé 29

3. L'OFFRE DES SERVICES DE SANTÉ DANS LES CÉGEPS 77
- 3.1. Quelques éléments d'histoire 77
- 3.2. Le cadre juridique de l'offre des services de santé dans les cégeps 78
- 3.3. La place des services de santé dans les cégeps 84
- 3.4. Les ressources consacrées aux services de santé 86
- 3.5. Les services rendus aux cégépiennes et aux cégépiens en matière de santé 98

4. LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SERVICES DE SANTÉ AU QUÉBEC 109
- 4.1. L'avant-réforme 109
- 4.2. La réforme 116
- 4.3. La réforme et la pertinence des services de santé pour les jeunes 121

LA CONCLUSION 129

LA BIBLIOGRAPHIE 131

LA LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I: Répartition de la jeunesse québécoise selon le groupe d'âge, Québec, 1988 7

TABLEAU II: Répartition de l'effectif scolaire des établissements d'enseignement collégial pour le trimestre d'automne 1990 8

TABLEAU III: Répartition de l'effectif scolaire de l'enseignement collégial selon le sexe pour le trimestre d'automne 1990 9

TABLEAU IV: Proportion de l'effectif collégial et de l'effectif des cégeps par rapport à la population québécoise selon le groupe d'âge 9

TABLEAU V: Les motifs de consultations invoqués par les élèves 22

TABLEAU VI: Classement des priorités en matière de besoins de santé au cégep de Saint-Jean-sur-Richelieu lesquelles ont été définies à la suite de la consultation d'un groupe-conseil et d'un sondage auprès des élèves. 25

TABLEAU VII: Le problème le plus important chez les jeunes selon l'âge . . 27

TABLEAU VIII: Le problème de santé le plus important chez les jeunes . . . 28

TABLEAU IX: Mauvaises habitudes de vie selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 30

TABLEAU X: Poids insuffisant selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 31

TABLEAU XI: Désir de diminution de poids (grande et légère) chez les individus de poids normal selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 31

TABLEAU XII: Risques élevés de consommation d'alcool selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 33

TABLEAU XIII: Quantité hebdomadaire d'alcool consommé, selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 33

TABLEAU XIV: Quantité hebdomadaire d'alcool consommé par les personnes qui sont aux études, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 34

TABLEAU XV: Consommation quotidienne d'alcool selon le sexe, élèves des cégeps, Québec, 1983 35

TABLEAU XVI: Consommation d'une drogue ou plus, au moins cinq fois dans la vie selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, en pourcentage, Québec, 1987 36

TABLEAU XVII: Consommation d'au moins une drogue forte plus de cinq fois dans la vie selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, en pourcentage, Québec, 1987 37

TABLEAU XVIII: Les difficultés reliées à la consommation de drogues, selon le sexe, élèves des cégeps, Québec, 1983 38

TABLEAU XIX: Type de consommation pour le groupe des 15-24 ans, en pourcentage, Québec, 1987 38

TABLEAU XX: Fréquence de la consommation de drogue selon le sexe, en pourcentage, cégep Lévis-Lauzon, 1989 39

TABLEAU XXI: Type de fumeuses et de fumeurs, des 15-29 ans selon quatre groupes d'âge, Québec, 1987 40

TABLEAU XXII: Fumeurs réguliers, selon le nombre de cigarettes fumées quotidiennement, selon l'âge et le sexe, personnes âgées de 15 à 44 ans, Québec, 1987 41

TABLEAU XXIII: Proportion des femmes qui prennent des contraceptifs oraux entre 15 et 64 ans, en pourcentage, Québec, 1987 41

TABLEAU XXIV: Consommation de contraceptifs oraux selon l'âge et le tabagisme, femmes âgées de 15 à 44 ans, en pourcentage, Québec, 1987 42

TABLEAU XXV: Niveau de détresse psychologique élevé selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 48

TABLEAU XXVI: Indice de détresse psychologique pour les personnes aux études, selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 49

TABLEAU XXVII: Indice de détresse psychologique élevé parmi les individus à haut risque de consommation d'alcool selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 49

TABLEAU XXVIII: Indice de détresse psychologique élevé parmi les personnes ayant consommé de la drogue au cours des six mois précédant l'entrevue selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 50

TABLEAU XXIX: Indice de détresse psychologique élevé parmi les individus n'étant pas satisfaits de leur vie sociale selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 51

TABLEAU XXX: Pensées suicidaires selon la période et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 52

TABLEAU XXXI: Répartition du partage des responsabilités, cégeps et CLSC, en fonction des différentes tâches décrites dans le Guide pour assurer les services de santé 81

TABLEAU XXXII: Répartition des cégeps dont le comité mixte effectue les tâches prévues dans l'entente de 1976 84

TABLEAU XXXIII: Personnel affecté aux services de santé des cégeps 87

TABLEAU XXXIV: Nombre moyen d'heures travaillées par le personnel de santé des cégeps. 89

TABLEAU XXXV: Répartition des cégeps en nombre et en pourcentage selon le nombre d'heures travaillées en 1989-1990 par le personnel infirmier. 90

TABLEAU XXXVI: Répartition des cégeps selon l'importance de leur effectif scolaire et selon le total d'heures travaillées en 1989-1990 par le personnel infirmier 90

TABLEAU XXXVII: Répartition des cégeps selon la région et selon le total d'heures travaillées en 1989-1990 par le personnel infirmier. 92

TABLEAU XXXVIII: Répartition des cégeps du réseau et de ceux ayant participé à l'enquête de la Fédération des cégeps en 1989-1990 selon les régions 93

TABLEAU XXXIX: Répartition de l'effectif scolaire total des 36 cégeps ayant répondu à la question sur le nombre d'heures consacrées aux soins infirmiers et du total d'heures consacrées aux soins infirmiers selon les régions 94

TABLEAU XL: Répartition de l'effectif scolaire total des 36 cégeps ayant répondu à la question sur le nombre d'heures consacrées aux soins infirmiers et du total d'heures consacrées aux soins infirmiers selon l'importance de l'effectif scolaire 95

TABLEAU XLI: Répartition des thématiques d'intervention en santé des organismes extérieurs aux cégeps 96

TABLEAU XLII: Répartition des activités d'information et autres dans les cégeps en relation avec les thématiques de santé et réalisées par des personnes-ressources extérieures 97

TABLEAU XLIII: Répartition des modes d'intervention en santé dans 25 cégeps 99

TABLEAU XLIV: Répartition des thématiques en promotion et en prévention de la santé dans 25 cégeps 99

TABLEAU XLV: Répartition des thématiques en santé mentale dans 25 cégeps 101

LE LEXIQUE

Buveurs habituels : personnes qui consomment régulièrement de l'alcool, au moins une fois par mois, indépendamment de la quantité consommée.

Buveurs à risque : personnes qui consomment régulièrement de l'alcool et qui ont obtenu un score élevé à l'échelle de l'indice CAGE. Voir également CAGE.

CAGE : indice construit à partir de quatre questions du **QAA** (questionnaire auto- administré) qui se rapportent aux comportements, aux sentiments et aux problèmes causés par l'alcool. Les répondants sont classés à risque nul (aucune réponse affirmative), faible (une réponse) ou élevé (deux à quatre réponses affirmatives). Voir également buveurs à risque.

Indice d'événements stressants : indice construit en fonction de deux types d'information : l'occurence au cours des 12 derniers mois de certains événements (décès d'un proche, maladie grave au foyer, etc.) souvent associés à un risque accru de morbidité ou au recours à des habitudes de vie nocives, et une échelle faisant état du niveau de stress perçu par le répondant à la suite de cet ou de ces événements.

Indice pondéral : aussi appelé indice de Quételet ou «Body Mass Index», cet indice se calcule en faisant le rapport entre le poids (en kg) d'une personne et sa taille (en mètre) au carré. De cet indice, Santé Québec a défini quatre catégories : l'insuffisance de poids, le poids normal, l'excès de poids et l'obésité.

Indice de saines habitudes de vie : adaptation du «Health Practices Index» développé lors de l'étude d'Alameda County, cet indice décrit de façon globale les habitudes de vie d'une personne à partir de cinq indicateurs dichotomiques, soit : sommeil suffisant (7-8 heures par jour), poids normal selon l'indice de Quételet, activité sportive au moins une fois par semaine, consommation modérée d'alcool et n'avoir jamais fumé de façon régulière.

Indice d'intégration sociale : indice qui vise à mesurer la densité du réseau social, c'est-à-dire la fréquence et le nombre des contacts que les individus entretiennent avec d'autres personnes significatives de leur entourage.

Niveau élevé de détresse psychologique : niveau supérieur du score de détresse psychologique, caractérisé par un plus grand nombre de symptômes psychologiques ou physiques que l'on croit reliés à des désordres psychiatriques.

L'INTRODUCTION

Le présent rapport sur *La problématique des besoins de services de santé au collégial* dresse un portrait des besoins de santé des jeunes qui fréquentent les cégeps et des services de santé qui leur sont offerts. Il comporte quatre chapitres traitant des divers aspects des besoins de santé des jeunes et des moyens mis en oeuvre pour les combler.

Le premier chapitre décrit le mandat de la recherche, son contexte de réalisation et la méthodologie de la démarche. Le second chapitre traite de la problématique de la recherche. Nous y abordons dans une première section la question de la représentation démographique de la jeunesse inscrite dans les établissements d'enseignement collégial. La seconde section traite du concept de jeunesse et de la réalité sociale qu'il recouvre. La troisième pour sa part décrit les principaux problèmes de santé chez les jeunes. Au chapitre trois nous décrivons l'offre des services de santé dans les cégeps. Enfin, le quatrième chapitre traite des éléments de la réforme du système des services de santé et des services sociaux qui concernent particulièrement les services de santé offerts aux jeunes.

1. LE MANDAT, LE CONTEXTE ET LA MÉTHODOLOGIE

Les établissements d'enseignement collégial[1] offrent à divers niveaux des services de santé à leur clientèle scolaire. Le cadre juridique qui définit cette offre de services prévoit la répartition des diverses responsabilités entre les établissements d'enseignement et ceux de la santé. C'est ainsi que les centres locaux de services communautaires (CLSC) assument les coûts du personnel infirmier qui est de leur effectif et les cégeps assument quant à eux les coûts du personnel de soutien et ceux des équipements et des locaux. La clientèle étudiante bénéficie actuellement, et ceci depuis la création des cégeps, de services de santé dans les établissements d'enseignement.

À l'automne 1990, le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) annonça son intention de procéder à la réforme du système des services de santé et des services sociaux au Québec. Cette réforme redéfinit entièrement l'organisation et le rôle des diverses composantes du système des services de santé et des services sociaux. Dans le cadre de cette réforme les CLSC seraient appelés à jouer un rôle prépondérant comme «porte d'entrée» dans le système des services de santé et des services sociaux. Cela pourrait amener les CLSC à revoir leur participation dans l'offre de services de santé dans les cégeps jusqu'à en retirer le personnel infirmier des établissements d'enseignement.

Des questions surgissent dans le cadre de la réforme du ministre. Elles touchentnotamment le réseau de l'enseignement collégial. D'une part, il y a lieu de poser la question de l'existence de besoins spécifiques en matière de santé pour les élèves des cégeps. D'autre part, il y a lieu de s'interroger sur les conséquences à court, à moyen et à long termes sur la santé des jeunes d'un retrait éventuel du personnel infirmier des établissements d'enseignement. Dans le but de répondre à ces questions le service des Affaires étudiantes de la Direction générale de l'enseignement collégial (DGEC) a élaboré le présent mandat de recherche. Il s'agit d'apporter un éclairage sur les questions ci-dessus posées. Le but en est prioritairement de dresser un portrait de la situation actuelle en ce qui a trait, dans un premier temps, aux besoins de santé des élèves et, dans un deuxième temps, aux services de santé offerts dans les établissements d'enseignement collégial.

La méthodologie privilégiée pour atteindre l'objectif de recherche consiste à effectuer une revue de la littérature sur le sujet et à consulter des personnes des collèges concernées par les services de santé et à dégager une synthèse analytique de l'ensemble de ces données. À cet égard, dans le but d'obtenir une documentation la plus complète possible sur les services de santé dans les collèges nous avons, dans un premier temps, fait appel aux responsables des affaires étudiantes des cégeps et au personnel affecté aux services de santé. Dans un deuxième temps, nous avons rencontré en entrevue individuelle des infirmières oeuvrant dans les cégeps et, lors d'une entrevue de groupe, des membres de l'exécutif du Regroupement des infirmières de CÉGEP du Québec ainsi qu'un directeur des services aux étudiants et son adjoint.

De plus, en vue de répertorier et d'analyser tout le matériel écrit pertinent à nos travaux sur la santé des jeunes au Québec, nous avons consulté les diverses banques de données de la bibliothèque administrative du complexe Marie-Guyart, celle du ministère de la Santé et des Services sociaux, celle du Département de santé communautaire (DSC) du Centre hospitalier de

l'Université Laval (CHUL) ainsi que celle du Centre de documentation collégiale. Par ailleurs, le chef du service des Affaires étudiantes de la Direction générale de l'enseignement collégial a mis sur pied un comité aviseur réunissant des responsables de services des affaires étudiantes de cégeps également membres du comité santé de la Commission des affaires étudiantes de la Fédération des cégeps et, enfin, des membres du Regroupement des infirmières de CÉGEP du Québec, dont la présidente.

Nous attirons l'attention de la lectrice et du lecteur sur le fait que nous avons retenu tout au long du présent document la définition la plus globale de la notion de santé et de besoins. En effet, à la suite des nombreuses lectures faites à ce sujet et à l'instar de plusieurs intervenantes et intervenants en santé, nous avons considéré comme faisant partie intégrante de la santé des personnes les dimensions suivantes : la pathologie de la personne ou le problème de santé; les conditions de vie sociales, économiques et psychologiques de la personne.[2]

NOTES

1. Les établissements d'enseignement collégial comprennent : les cégeps (quarante-six cégeps du réseau ainsi que les centres spécialisés); les établissements privés (vingt-huit établissements); et les écoles gouvernementales (dix établissements). Cette dernière catégorie comprend les établissements d'enseignement collégial publics relevant d'autres ministères soient les conservatoires de musique, les instituts de technologie agro-alimentaire et l'institut de tourisme et d'hôtellerie

2. Voir à ce sujet la documentation ci-dessous.

AYOTTE, Violaine et autres, Éléments pour constituer une problématique-santé concernant les adolescents du territoire du DSC du CHUL, s.l., Département de santé communautaire du CHUL, mai 1982, XXXIII et 307

C.L.S.C. SAINTE-FOY-SILLERY,Cadre de référence: la santé des jeunes au collégial Sainte-Foy-Sillery, CLSC Le Phare, novembre 1989, 106 p.

CLOUÂTRE, Ginette et autres, Les besoins de santé bio-psycho-sociale des étudiants du cégep Saint-Jean-sur-Richelieu (projet santécégep), Saint-Jean-sur-Richelieu, Département de santé communautaire de l'Hôpital du Haut-Richelieu, avril 1987, 48 p.

DELISLE, Noëlandré et Lise DALLAIRE-DUROCHER, Étude descriptive des activités de promotion et de prévention primaire en santé mentale dans le Haut-Richelieu, Saint-Jean-sur-Richelieu, Département de santé communautaire de l'Hôpital du Haut-Richelieu, mars 1990, 26 p. annexes.

PELLETIER, Louise et Lucie VÉZINA, La perspective des adolescents sur leur santé : rapport de recherche, Québec, École des sciences infirmières, Université Laval, mars 1985, 211 p. annexes.

2. LA PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE

2.1. La représentation démographique de la jeunesse inscrite au collégial

Selon les données de Statistique Canada pour l'année 1988, le nombre de personnes âgées de 15 à 29 ans au Québec s'élevait à près d'un million six cent mille personnes (se reporter au Tableau I). De ce nombre, 28,2 % (446 000) avaient entre 15 et 19 ans et 33,3 % (528 000) avaient entre 20 et 24 ans.

TABLEAU I : Répartition de la jeunesse québécoise selon le groupe d'âge, Québec 1988.

GROUPE D'ÂGE	JEUNESSE QUÉBÉCOISE	
	Nombre	%
15-19	446 000	28,2
20-24	528 000	33,3
25-29	610 000	38,3
Total	1 583 000 [A]	100,0

A. La somme des données diffère légèrement du total en raison des arrondissements.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, dans QUÉBEC, Conseil permanent de la jeunesse, Les couleurs de la jeunesse, noir sur blanc, rapport des audiences publiques sur la jeunesse, Québec, Les Publications du Québec, 1990, p. 213.

L'effectif des établissements d'enseignement collégial à l'automne 1990 s'élevait à 154 951 personnes. Il se répartissait comme suit : l'effectif des cégeps (134 415; 86,7 %), celui des écoles gouvernementales (1 512; 1 %) et enfin, celui des établissements privés d'enseignement collégial (19 024; 12,3 %). Selon ces données 69,3 % des élèves avaient 19 ans et moins et 90,3 % 24 ans et moins (se reporter au Tableau II).

La répartition de l'effectif selon le sexe montre que plus de la moitié des élèves sont des femmes (55,8 %) (se reporter au Tableau III). La répartition selon le sexe et l'âge montre que chez les femmes et chez les hommes près de sept élèves sur dix ont 19 ans et moins. Et si l'on considère

le groupe des 15-24 ans, c'est 88 % des femmes qui se retrouvent dans ce groupe contre 93,1 % chez les hommes.

TABLEAU II : Répartition de l'effectif scolaire des établissements d'enseignement collégial pour le trimestre d'automne 1990[1]

EFFECTIF DES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT COLLÉGIAL				
ÂGE	NOMBRE D'ÉLEVES	% DU TOTAL	TOTAL CUMULATIF	% CUMULATIF
14 et 15 ans[A]	72	0,0%		
16 ans	2463	1,6%	2535	1,6%
17 ans	39156	25,3%	41691	26,9%
18 ans	39079	25,2%	80770	52,1%
19 ans	26606	17,2%	107376	69,3%
20 à 24 ans	32488	21,0%	139864	90,3%
25 à 29 ans	5944	3,8%	145808	94,1%
30 ans et plus	9143	5,9%	154951	100,0%
TOTAL	154951	100,0%		

Source : SIGDEC. Données du trimestre d automne 1990.

A. 6 élèves ont 14 ans.

Il apparaît important de souligner ici la concentration des jeunes âgés de 15 à 19 ans dans les établissements d'enseignement collégial. En effet, une personne sur quatre appartenant à ce groupe d'âge étudiait dans ce type d'établissement à l'automne 1990[2] (se reporter au Tableau IV). Lorsqu'on ne considère que l'effectif des collèges d'enseignement général et professionnel (cégeps), c'est une personne sur cinq, appartenant au groupe d'âge 15-19 ans, qui fréquente ce type d'établissement. Chez le groupe des 20-24 ans c'est une personne sur seize qui étudie dans un établissement d'enseignement collégial. La proportion est la même dans les cégeps.

TABLEAU III : Répartition de l'effectif scolaire de l'enseignement collégial selon le sexe pour le trimestre d'automne 1990[1]

EFFECTIF DES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT COLLÉGIAL SELON LE SEXE						
ÂGE	NOMBRE D'ÉLÈVES	% DU TOTAL	FEMMES	% DU TOTAL	HOMMES	% DU TOTAL
14 et 15 ans	72	0,0%	46	0,0%	26	0,0%
16 ans	2463	1,6%	1393	0,9%	1070	0,7%
17 ans	39156	25,3%	22521	14,5%	16635	10,7%
18 ans	39079	25,2%	22133	14,3%	16946	10,9%
19 ans	26606	17,2%	14200	9,2%	12406	8,0%
20 à 24 ans	32488	21,0%	15862	10,2%	16626	10,7%
25 à 29 ans	5944	3,8%	3404	2,2%	2540	1,6%
30 ans et plus	9143	5,9%	6950	4,5%	2193	1,4%
TOTAL	154951	100,0%	86509	55,8%	68442	44,2%

Source : SIGDEC. Données du trimestre d'automne 1990

TABLEAU IV : Proportion de l'effectif collégial et de l'effectif des cégeps par rapport à la population québécoise selon le groupe d'âge

GROUPE D'ÂGE	EFFECTIF COLLÉGIAL	EFFECTIF DES CÉGEPS
	%	%
15-19	24,1	21,4
20-24	6,5	6,4
25-29	1,0	0,8
TOTAL	9,8	8,5

2.2. Quelle réalité sociale recouvre le concept de jeunesse ?

Les jeunes, la jeunesse, l'adolescence, autant de termes qui sont utilisés pour désigner les personnes qui étudient dans les cégeps. Ces termes désignent-ils la même réalité ? Ou désignent-ils une réalité aux multiples dimensions ? Sans être des synonymes ces termes renvoient à des aspects différents d'une même réalité sociale soit celle des personnes qui ont quitté l'enfance mais qui ne sont pas encore considérées comme des adultes.

Nous avons, en traitant de la question démographique à la section précédente, abordé succinctement une dimension de cette réalité. En effet, la jeunesse y est décrite par des séries statistiques qui renseignent sur son importance numérique dans la société québécoise et sur l'importance relative de celle qui fréquente les établissements d'enseignement collégial. Toutefois, la jeunesse ne saurait être réduite à sa seule dimension démographique, si importante soit-elle. Cette sériation selon les groupes d'âge comporte ses limites et se fonde sur des choix plus ou moins arbitraires. Ainsi, quels âges délimiteront le groupe «jeunesse» relativement à l'enfance et à l'âge adulte ? Le découpage en fonction de tel ou tel âge n'a donc de sens que s'il s'appuie sur des informations fournies par les autres domaines de l'analyse psycho-sociale. En outre, le découpage statistique de la réalité sociale selon les groupes d'âge donne, d'une part, l'illusion de l'homogénéité de ces groupes et, d'autre part, une représentation statique de la réalité plutôt qu'une représentation dynamique et sociale. Or, comme nous le verrons ci-dessous, la jeunesse est loin d'être homogène et on ne saurait en donner une représentation quelque peu efficace sans en montrer le caractère dynamique et changeant.

L'adolescence comme étape de la vie constitue du point de vue de l'analyse psycho-sociale un phénomène relativement récent. Ainsi, l'adolescence n'apparaît dans le cursus des âges qu'au début du XX[e] siècle avec l'extension de la scolarisation.[4] D'autres situent ce phénomène plus près de nous dans le temps et associent son développement à une entrée plus tardive sur le marché du travail.

> «L'adolescence est, d'un point de vue social, un phénomène propre à nos sociétés industrielles de cette seconde moitié du XX[ième] siècle. Bien sûr, de tout temps les enfants ont grandi, se sont développés pour devenir des hommes et des femmes, mais ce n'est qu'autour des années '50 que l'on a commencé à reconnaître l'adolescence en tant que phénomène particulier. Jusque-là, le passage de l'enfance à l'âge adulte se faisait presque à 21 ans ou à l'entrée dans un ordre tenant lieu de rite initiatique. Depuis une trentaine d'années, à cause de leur poids démographique indéniable, les jeunes de la génération des «babyboomers» sont reconnus comme une catégorie d'individus à part entière à laquelle on s'adresse de façon très spécifique et également très économique. Les jeunes ont cessé d'être rapidement intégrés à la chaîne de production de la société, comme cela se passait autrefois au sein de l'entreprise agricole familiale; en revanche, ils se trouvent précipités dans un monde qui leur apprend très rapidement à exercer leur rôle de consommateurs.»[5]

Bien que la littérature antérieure au XX[e] siècle fasse référence à l'adolescence comme période de la vie, c'est à la psychologie que revient les premières formulations d'une définition systématique de l'adolescence.

> «Le premier à fonder l'étude systématique de l'adolescence fut sans doute le psychologue américain G. Stanley Hall en 1912. Mais avant lui, plusieurs y avaient référé plus ou moins clairement. On retrouve des références à l'adolescence comme passage entre l'enfance et l'âge adulte aussi loin qu'au Moyen-âge et même chez les Grecs dans l'antiquité. Puis, plus près de nous, Coménius et Locke au 17[e] siècle, Rousseau au 18[e] siècle, Darwin, Froebel et Pestalozzi au 19[e] siècle s'y attardent tous plus ou moins longuement.»[6]

Les différentes conceptions de l'adolescence mettent en relief divers aspects de cette période de la vie. Ainsi, de l'adolescence «turbulente, idéaliste et transitoire» à l'adolescence définie comme «un processus plutôt qu'une (...) période, processus à travers lequel la personne acquiert les attitudes et croyances requises pour sa participation effective à la société», il y a toutes les définitions qui présentent l'adolescence comme une période de croissance ou une période transitoire entre l'enfance et l'âge adulte.[7] Compte tenu de l'objet du présent texte, lequel traite des services de santé dans les cégeps, nous croyons utile de donner quelques définitions de l'adolescence afin de mettre en évidence, entre autres choses, son caractère dynamique et le caractère complexe des frontières qui la définissent. Les deux définitions retenues ici pour fins de compréhension du phénomène de l'adolescence, sont extraites d'exposés présentées à l'occasion du colloque tenu à l'Université de Montréal au printemps 1989 dont le thème était : «Les services aux étudiants vers l'an 2000».

Ainsi, selon Jean Wilkins :

> «L'adolescence est essentiellement une période de croissance aux plans physique, psychique et social, laquelle se déroule dans des contextes socio-économique et culturel particuliers à chaque génération d'adolescents. Tout est lié, intimement interrelié, et lorsque l'anarchie s'installe en maître, c'est la pathologie avec toute sa complexité biopsychosociale et le traitement nécessitera, pour réussir, une approche biopsychosociale.»[8]

En définissant l'adolescence comme une interrelation entre les plans physique, psychique et social, l'auteur met en relief le caractère complexe des différentes dimensions de la vie des adolescentes et des adolescents et souligne le caractère tout aussi complexe de l'approche thérapeutique. De plus, il met en évidence l'étroite relation de l'individu (l'adolescente ou l'adolescent) avec son environnement social et culturel. Cela nous apparaît essentiel et fondamental pour bien comprendre comment certaines maladies ou certains comportements à risque sont reliés à des comportements culturels chez les jeunes.

L'intérêt de la seconde définition de l'adolescence réside dans les précisions fournies quant aux frontières entre, d'une part, l'enfance et l'adolescence (la puberté) et, d'autre part, entre

l'adolescence et l'âge adulte (le jeune assume un rôle indépendant dans la société). Elle met donc en évidence le fait que les «jeunes» des cégeps et des universités, malgré leur âge, ne sont pas nécessairement sortis de leur adolescence.

> «L'adolescence est une période dynamique entre l'enfance et l'état d'adulte. Elle est souvent définie comme débutant à la puberté et se terminant quand le jeune assume un rôle indépendant dans la société, complètement responsable de lui-même. À ce moment, on peut considérer les étudiants de cégep et d'université comme s'approchant de la fin de leur adolescence.»[9]

Le critère établissant la frontière entre l'adolescence et l'âge adulte est ici essentiel parce qu'il permet justement de préciser l'intervalle supérieur des âges dans lequel l'adolescence est vécue. De plus, le critère de l'autonomie semble faire consensus chez les spécialistes qui ont étudié le passage à l'âge adulte.

> «(...) tous s'entendent pour affirmer que la frontière entre l'adolescence et l'âge adulte est floue et relativement mobile. Il semble pourtant y avoir une sorte de consensus autour de **l'autonomie** comme critère de partage entre ces deux phases de la vie humaine. Autonomie économique dans les cas les plus clairs, mais surtout **autonomie affective et sociale**, c'est-à-dire la **capacité de faire ses propres choix**, aussi bien en rapport avec les grandes orientations de sa vie qu'en rapport avec les aspects quotidiens de l'existence.»[10]

Cette frontière entre l'adolescence et l'âge adulte est d'abord et avant tout de nature sociale et de ce fait elle change dans le temps.

> «À qui s'adresse-t-on lorsque l'on parle des jeunes ? En gros, il s'agit de la clientèle en âge de fréquenter l'école secondaire, soit des jeunes garçons et filles de 13 à 18 ans environ. Dans les faits, et surtout depuis quelques années, il n'est pas rare que nous rencontrions des jeunes gens de 20, 22, parfois même 24 ans qui présentent au sein de leur dynamique plusieurs éléments inhérents à l'image que l'on se fait de l'adolescent : il demeure encore chez ses parents, étudie ou n'a pas d'emploi, manque de maturité, est révolté, bref ne dispose pas de l'autonomie matérielle et psychologique d'un adulte. Ceci est dû à plusieurs facteurs, mais plus particulièrement au fait que notre société prolonge artificiellement l'adolescence afin de retarder l'arrivée dans le monde adulte et sur le marché du travail de personnes dont elle n'a nul besoin et pour lesquelles elle ne présente aucun débouché.»[11]

Les différentes définitions de l'adolescence, y compris celles présentées ci-dessus, renvoient fondamentalement à deux conceptions de l'adolescence :

> «Pour les uns, l'adolescence se caractérise comme un passage, un âge entre deux âges : ne plus être considéré comme un enfant mais ne pas encore se faire

> reconnaître le statut et les rôles d'adulte. En définissant l'adolescence comme «un stade intermédiaire pendant lequel la personne n'est ni un enfant ni un adulte», on risque de ne voir que le manque qui caractériserait cette période de la vie. Et de fait, la phase pubertaire apparaît souvent aux parents et aux éducateurs comme une simple étape de changements biologiques et autres dont on espère la fin pour bientôt. Dans cette optique, crise et adolescence apparaissent indissolublement liées, comme l'affirme la théorie classique de Stanley Hall, fondateur d'une des premières théories psychologiques portant spécifiquement sur l'adolescence. Une seconde approche insiste plutôt sur la dimension de croissance que sur le passage. L'identité spécifique à ce moment de l'existence humaine est ici mise en relief; l'adolescence serait donc comme tous les autres moments de la vie une actualisation humaine qui a en soi sa perfection et son unicité. Ce moment unique d'humanité est caractérisé par la croissance où les changements de nature physique, cognitive et psycho-sociale marquent toute la personnalité de la jeune personne. Celle-ci ne ressent pas, par exemple, les limites de la vie ou les implications sociales de ses actes à la manière de l'adulte; elle se définit par le sens de la singularité, par un appel à l'absolu et à la pureté, par un goût du risque et une soif de renouvellement. Ces dimensions créatrices nées des transformations propres à cet âge vont spécifier l'être au monde adolescent. Cette seconde approche permet de mieux accueillir les éléments nouveaux et dérangeants que les jeunes de toutes les époques apportent à leur société, tout en permettant de situer dans leur contexte les tensions et les ambiguïtés qui seront ressenties par les jeunes.»[12]

Les implications de l'une ou l'autre des conceptions de l adolescence sont très importantes.

> «Si dans les deux approches, la dimension ou devenir apparaît fondamentale, l'interprétation en est cependant différente. Dans le premier cas, la dimension négative, celle du manque, est mise en relief; dans le second, on valorisera le fait que cet âge est un moment de la réalisation humaine. Selon l'option privilégiée les attitudes et les attentes de la société à l'égard des jeunes varieront profondément.»[13]

Qui n'a pas entendu un jour ou l'autre dire «ah! elle vit ou il vit sa crise d'adolescence» ? Cette conception de la «crise» nécessaire à l'adolescence ne semble plus faire l'unanimité chez les spécialistes.

> «La crise de l'adolescence acceptée depuis quelques décades comme concept universel est infirmée «par les recherches empiriques effectuées ces dernières années sur de vastes groupes d'adolescents et d'adolescentes non sélectionnés». Les différences sont bien marquées entre adolescents normaux et ceux atteints de troubles psychiques. Le plan psychologique n'est pas le seul où l'adolescence doive s'écrire au pluriel (...)».[14]

Si donc l'adolescence considérée comme une période «(...) tumultueuse dont la révolte contre l'autorité parentale constituerait le pivot central» n'est plus le modèle dominant, existe-t-il un modèle susceptible d'expliquer les multiples facettes de l'adolescence ? Ce modèle unique et efficace ne semble pas exister. En effet, la complexité et la diversité des situations rencontrées invitent les spécialistes de la question à beaucoup de prudence dans les généralisations découlant d'observations cliniques.[15] La conception de l'adolescence comme une série d'étapes ou de stades biologiquement prédéterminés cède le pas à des théories plus empiriques, notamment celle de la perspective développementale, dans laquelle l'adolescence est vue comme une période où la jeune personne vit une adaptation «aux changements qui s'opèrent en elle ou autour d'elle».

> «Le biologique et le social sont donc considérés comme sources d'événements qui vont «provoquer» l'adaptation (...) D'après une perspective développementale, il y a donc une **certaine relativité des étapes** du développement et l'**âge** ne devient alors qu'un **facteur indicatif**. Cette distinction entre perspective développementale et perspective génétique, admettait Neugarten, valait d'autant plus que l'on s'éloignait de l'enfance. En effet, pendant l'enfance, les changements biologiques sont plus marqués et ont forcément plus d'impact sur le développement, amenant ainsi une plus grande homogénéité des profils de développement. Mais à mesure qu'on se rapproche de l'âge adulte, la biologie devient de moins en moins déterminante dans les changements et la perspective développementale prend alors tout son sens. S'agirait-il ici du premier critère de distinction entre l'adolescence et l'âge adulte ?»[16]

L'inadéquation du déterminisme biologique pour expliquer les phénomènes de l'adolescence, l'interrelation étroite du social et du biologique nous amène, à l'instar des auteurs cités ici, au constat qu'il existe des adolescences et non pas une adolescence.

> «Les situations sociales variées, les expériences familiales multiples, les milieux culturels distincts créent des adolescents et des adolescentes et non une adolescence.»[17]

L'adolescence constitue une période difficile selon l'avis des spécialistes. Pourquoi en est-il ainsi ? «Sans doute, l'être de la jeune personne offre-t-il prise aux difficultés qui se présentent. Le corps en pleine transformation est une proie facile pour l'angoisse et l'inquiétude.»[18] La jeune personne est d'autant plus fragile qu'elle est en quête de sa propre identité :

> «L'adolescent est une personne fragile, vivant un état de transition aussi total que fragile, marqué au coin de sa toute première et combien difficile démarche de recherche d'identité. S'il nous arrive, à différents moments de notre vie de traverser des passages difficiles, des remises en question, de douter de nous-mêmes, jamais ce processus ne sera vécu avec autant d'acuité et de détresse qu'au moment de l'adolescence, parce qu'il s'agit d'une première bien sûr, et aussi parce que c'est à ce moment que l'individu subit les transformations les

> plus nombreuses et les plus radicales. C'est un changement d'être complet, aux plans physique, affectif, intellectuel, moral et social.»[19]

Comme nous l'avons signalé précédemment le contexte socio-culturel est déterminant sur le **comment** l'adolescente ou l'adolescent va s'adapter à son environnement, autrement dit, sur les solutions que la jeune personne développe pour répondre aux contraintes de cet environnement.

Le contexte économique compte parmi les facteurs environnementaux dont les effets sur la jeune personne sont très importants. En effet, il constitue un objet de préoccupation puisqu'il détermine largement les perspectives professionnelles qui lui sont ouvertes.[20] Les contestations étudiantes de la fin des années soixante où l'on remettait en question le slogan «s'instruire c'est s'enrichir», constituaient déjà un signe avant-coureur d'une situation économique difficile pour la jeunesse québécoise. Depuis, la situation n'a cessé de se détériorer. Mentionnons à cet égard, l'appauvrissement de la jeunesse qui doit être lié à la situation endémique du chômage, à laquelle elle a été confrontée dans les années quatre-vingts.[21] Cette situation difficile se traduit notamment par une plus grande dépendance économique à l'égard de la famille avec les problèmes et les ajustements que cela suppose.

> «Je suis d'abord frappé par la grande dépendance économique de la jeunesse actuelle envers sa famille et des nouvelles exigences et répercussions de cette dépendance économique sur la famille. (...) Les jeunes sont dépendants plus longtemps, ils habitent à la maison plus longtemps, ce qui oblige un nouveau mode d'adaptation des parents avec ces enfants qui deviennent adultes. Pour ceux dont la famille ne peut les soutenir financièrement, c'est l'obligation d'aller plus tôt sur le marché du travail, de décrocher un emploi avec le risque d'abandonner ainsi ses études avant de les avoir complétées.»[22]

Pour les élèves des cégeps, poursuivre des études dans un contexte économique trouble peut être source de stress et mener à l'adoption d'attitudes pas toujours compatibles avec de saines habitudes de vie. C'est le constat auquel arrive le Regroupement des infirmières de CEGEP du Québec dans leur document sur la santé des cégépiens :

> «Les jeunes vivent beaucoup de stress. La crise économique les amène à courir individuellement après une solution de survie et par ailleurs ils sont conscients qu'il se joue au Collège un implacable processus d'élimination mettant continuellement leur projet d'avenir en question. Ils apprennent donc à courir après le temps et à échanger leur santé contre des performances scolaires et un salaire.»[23]

La compétition pour tout et dans tout, voilà un constat que d'autres intervenants auprès de jeunes font également. Citons à ce sujet le Dr Jean Wilkins :

> «Les nouveaux stress sociaux de la fin des années '80, soit la nouvelle réalité des contingentements, la compétition omniprésente, constante et parfois sauvage

> et le non-emploi pour l'après-adolescence allaient créer un contexte psycho-social particulier favorisant cette pression nouvelle de l'obligation quasi vitale de réussir.»[24]

A cette dépendance économique vient s'ajouter le phénomène de ce que d'aucuns appellent l'éclatement de la famille et qui se traduit par une nouvelle source d'angoisse et d'anxiété pour les jeunes personnes.

Le fait d'être aux études ne supprime pas toutes les préoccupations quant à l'avenir professionnel. Elles sont au contraire bien présentes. La jeune personne, dans un contexte économique peu encourageant quant à l'avenir professionnel, effectue des choix qui engagent son avenir. À cet égard, rappelons que l'orientation professionnelle s'effectue dès l'admission au cégep lorsque ce n'est pas déjà fait au secondaire. Là ne s'arrête pas les choix qu'elle doit poser; mentionnons entre autres choses les options et les cours.[25] De plus, ces choix s'effectuent dans un contexte de contingentement de certaines carrières et qui font que certaines portes sont ouvertes et d'autres ne le sont pas : «L'adolescent doit s'ajuster à ce nouveau phénomène et certains auront des deuils à faire. Ces nouveaux deuils me semblent des phénomènes tout à fait nouveaux dans notre société.»[26] Cette situation est préoccupante dans la mesure où l'excellence et la résussite sont privilégiées et valorisées alors que l'insuccès voue à la marginalisation, sinon à l'exclusion. Des choix donc qui se font tôt et qui concernent un «futur qui offre de moins en moins d'avenir». Dans un tel contexte l'école n'est certes pas un lieu de réalisation d'égale importance pour toutes les adolescentes et tous les adolescents qui la fréquentent.

> «Parmi les facteurs socio-culturels qui démoralisent et renforcent la difficulté d'être adolescent, l'école occupe une place de choix. Ces années-ci, il y a unanimité sur la critique de l'école même si les motifs divergent. Comment les jeunes voient-ils l'école ? Certains y sont heureux; ils ont conscience d'apprendre et s'y sentent bien. D'autres l'acceptent comme moyen pour autre chose; ce n'est pas cependant ce qui donne un sens à leur vie. Pour la majorité cependant, les adolescents et les adolescentes vivent l'école comme les adultes vivent les institutions sociales : des lieux de travail dont il faut se hâter de sortir si l'on veut vivre.»[27]

En outre, il faut voir que l'adolescente ou l'adolescent est en quête de son identité et que son contexte de vie détermine la réalisation de cette dimension fondamentale de la personne.

> «On sait, par exemple, que la jeune personne poursuit sa quête d'identité. Pour réussir cette tâche, l'amour et l'affection sont nécessaires. Un sentiment d'appartenance, qui va se manifester à travers les groupes d'amis et dans la naissance du couple, apparaît un élément fondamental dans la poursuite de l'identité. Une société en crise comme la nôtre ne peut guère supporter cette recherche. Au contraire, les familles se défont, les métiers et les professions se transforment radicalement, les valeurs véhiculées par les différentes

institutions entrent en contradiction les unes par rapport aux autres, les modèles d'intégration n'existent pas. Une société en pleine mutation ne peut vraiment soutenir quelqu'un en quête d'identité pour qu'il accorde sa foi à ce qui pourrait lui donner assurance. Selon Erikson, un tel contexte conduit à s'enfermer sur soi-même et à se faire cynique(...). Actuellement, il faudrait ajouter : «et à devenir punk».

La sexualité adolescente confirme cette contradiction. L'abaissement de l'âge du ménarche (sic) chez les jeunes des pays occidentaux, la prise de conscience du schéma corporel comme lieu d'existence personnel, le besoin d'expérimenter (...) et la pression sociale font que tout dans leur être appelle les jeunes à devenir sexuellement actifs à un âge très jeune : c'est là une donnée sociale que nul ne peut cacher. D'autre part, l'allongement de la période de «non-autonomie», la difficulté d'un don de soi-même pour un partenaire dont l'identité est incohative (sic), les grossesses plus à risque compte tenu des caractéristiques sociales de la mère et les impasses d'ordre social résultant de telles grossesses, montrent que la jeune personne est incapable, sur un plan humain, de porter toutes les conséquences d'une vie sexuelle pour laquelle elle est prête. L'environnement socio-culturel a créé une situation intenable à l'adolescent et à l'adolescente d'aujourd'hui.»[78]

«En même temps que la puberté apparaissait beaucoup plus tôt, la longueur obligatoire ou souhaitable des études avait tendance à augmenter, ce qui créa une période de plus en plus prolongée d'attente pour ces jeunes biologiquement adultes, ou presque, et encore socialement des enfants. De là l'apparition de la sous-culture de l'adolescence, c'est-à-dire l'organisation par les adolescents d'un mode de vie dans l'attente prolongée. De là la confusion de nombreux adolescents qui ne savent pas comment survivre dans ce nouveau statut où ils ont perdu les privilèges du statut de l'enfant et n'ont pas encore reçu les privilèges du statut de l'adulte. De là l'ambivalence ou l'irritation ouverte des adultes devant ces adolescents qui osent parfois s'arroger certains privilèges, considérés propres aux adultes, entre autres les activités d'intoxication et de sexualité.»[79]

Le passage de l'adolescence à l'âge adulte est marqué par de multiples phénomènes qui sont autant de périodes de transition et autant de phases d'apprentissages pour les jeunes personnes. Celles qui, à l'âge de 16 ou 17 ans, poursuivent leurs études au cégep, se retrouvent donc en grand nombre à franchir, dans un même lieu et en deux ou trois ans, ce qui constitue une période cruciale de leur vie. Considérés sous cet angle, les cégeps présentent par rapport aux autres ordres d'enseignement deux caractéristiques particulières. D'une part, l'âge de leur clientèle, nous l'avons vu antérieurement, la situe dans une période critique de son développement psycho-social. D'autre part, le cégep, comme ordre d'enseignement nonobligatoire, place l'élève entre le secondaire et ce qui vient après soit l'université ou le

marché du travail. L'élève au cours de ses études collégiales vit donc un double passage ou une double transition : **«passage de l'adolescence à l'âge adulte mais aussi passage du secondaire au «quaternaire» (université ou milieu du travail).»**[30] Nous avons montré certains aspects de la complexité de l'adolescence liée aux changements physiques et psycho-sociaux qui marquent cette période de la vie.

> «(...) l'étudiant de cégep est en plein dans ce passage. Plus vraiment adolescent, pas encore adulte, il est le plus souvent à la recherche de ce (et ceux) qui pourrait l'aider à négocier ce passage. Cette séparation du monde des parents, cette acquisition de l'autonomie affective et sociale, peu la réussissent élégamment et certains ne la réussiront jamais, demeurant les éternels adolescents que notre civilisation semble affectionner, ou confondant tragiquement mort psychologique et suicide (dont, faut-il le rappeler, le Québec détient le record mondial pour cette tranche d'âge).»[31]

L'élève des cégeps est donc confronté à la réalisation de multiples tâches psycho-sociales en plus bien sûr des tâches spécifiquement académiques. Il fait, de manière générale, l'apprentissage de l'autonomie dans toutes ses dimensions et c'est là que l'aide devient essentielle dans certains cas pour réaliser ces apprentissages. Car ici l'élève est confronté à des difficultés réelles qui peuvent, soit réduire ses chances de réussite scolaire, soit se répercuter sur sa santé. Cette spécificité des caractéristiques psycho-sociales des élèves des cégeps est, selon nous, bien exprimée dans ces deux extraits de documents produits par des CLSC :

> «Le Collège est un milieu de transition où durant ce passage l'étudiant aura à intégrer divers apprentissages. Ainsi, la santé telle que définie par l'OMS : «La capacité d'un individu ou d'un groupe à réaliser ses aspirations et à satisfaire ses besoins et, d'autre part, sa capacité à changer son environnement ou à y faire face», devient donc pour l'étudiant, une ressource de la vie quotidienne essentielle à la réalisation de ses études et apprentissages. Parmi ces apprentissages, il y a aussi celui menant à une vie autonome. À certaines périodes l'étudiant pourra rencontrer certaines difficultés de parcours où nous aurons à l'aider, à l'informer, à le supporter et à l'encourager. Parmi les difficultés rencontrées qui peuvent avoir des répercussions sur sa santé et sur son fonctionnement en général : difficultés d'adaptation, solitude, stress, toxicomanie, idées suicidaires, etc. Celles reliées aussi aux apprentissages affectifs, amoureux : peines d'amour, grossesses imprévues, MTS, etc. Celles ayant un impact physique, organique, troubles du comportement alimentaire, anorexie, obésité, diabète, hypoglycémie, hypertension, sédentarité, tabagisme, etc.»[32]

> «Plusieurs réflexions ont précédé l'élaboration de ce cadre de référence au collégial. Pourquoi avoir un programme spécifique à ce groupe d'âge ? La connaissance acquise de cette clientèle au cours des années a mis en évidence

certaines particularités et difficultés propres aux collégiens. Pour n'en nommer que quelques-unes, mentionnons :

l'adaptation à un nouveau régime de vie;
l'éloignement de la famille;
la préoccupation d'un avenir incertain;
le début d'une vie sexuelle active;
la consommation d'alcool.

Par ailleurs, le rapport Brunet dans son analyse propose d'axer les interventions vers des groupes à risque. Ces notions ont servi de base à l'élaboration de la problématique des étudiants en milieu collégial.»[7]

Le second type de passage effectué par l'élève au cégep concerne le passage du secondaire au, selon l'expression utilisée précédemment, quaternaire (se reporter à la page 18). L'importance de ce «passage» devient évidente lorsqu'on comprend que les études collégiales sont liées à la réalisation d'un rêve de vie. En effet, la jeune personne voit dans ses études le moyen de réaliser ses aspirations professionnelles et donc le moyen de réaliser un idéal de vie.

«À l'âge qu'ont la majorité des cégépiens, le rêve est aussi important mais il vise plus et plus loin. Le cégep peut-il être le moyen qui le rapprochera de son rêve ? Bien sûr, le propre d'un rêve étant de n'être jamais réalisable, ce qui vient après est toujours plus intéressant que ce qu'il y a maintenant. En ce sens, le marché du travail ou l'université est pour lui l'ultime et le cégep est un passage. «Passer» son cours, «passer» son année : l'expression est assez claire.

Mais faute d'y trouver un sens, faute d'y trouver matière à faire émerger et nourrir, sinon à réaliser leur rêve, beaucoup se contentent de «passer». Il faut voir les endroits publics dans les cégeps (cafétérias et salles communes) pour constater comme ils sont des endroits de passage au sens le plus strict du terme.

Serait-ce pour cette raison que les cégépiens affectionnent autant le travail à temps partiel pendant leurs études ? Parce que tant qu'à passer (et à s'ennuyer, faute de sens), aussi bien rentabiliser son temps (on dit aussi : passer le temps). Et au surplus, la plupart des milieux de travail leur permettent de se frotter à une réalité autrement structurante (horaires, tâches clairement définies, rapports hiérarchiques évidents).

«Du côté positif, le travail rémunéré valorise, augmente la confiance en soi, rassure l'étudiant vis-à-vis ce marché du travail finalement pas si fermé que cela, offre des tâches concrètes et des échanges avec d'autres personnes dans des milieux moins vastes que le cégep. Il permet de s'évaluer concrètement face à ces tâches, accroît le sentiment de réussite et apporte la sécurité financière. Dans certains cas, il donne accès au milieu de travail dans lequel

> l'étudiant veut s'insérer plus tard (ex. : hôpital), permet de solidifier ou de réévaluer son choix de carrière et ajoute une arme de plus à son curriculum vitae. Mais avant tout, il augmente l'autonomie de l'étudiant vis-à-vis ses parents et consolide un statut d'adulte.» (extrait d'un texte Giguère H. «Les 17-20 d'hier et d'aujourd'hui» dans La pédagogie au collégial 20 ans après, juin 1987, p.54-55)»[34]

Pour conclure cette partie portant sur le concept de jeunesse, il est intéressant de mentionner les précisions suivantes sur la vie des élèves au cégep.

> «Il semble que toutes les sessions que vivent les élèves au collège n'aient pas la même importance du point de vue de leur cheminement d'orientation. La première session est sans conteste des plus importante de ce point de vue, et ce, qu'on soit un élève décidé ou indécis, du secteur technique ou du secteur préuniversitaire. La première session en est d'abord une d'adaptation à sa nouvelle condition étudiante et d'intégration à son nouveau milieu. Cette session comporte en plus des apprentissages d'ordre institutionnel et social. Une intégration manquée peut peser lourd dans la balance du cheminement ultérieur des élèves. Pour certains, l'équilibre peut être rompu et cela peut constituer le point de départ d'un cheminement erratique composé de changements de programmes en série. On peut citer des exemples d'élèves qui éprouvent quelques difficultés : ceux pour qui la marche à franchir entre le secondaire et le cégep était vraiment trop haute; ceux qui n'ont pu se prendre en main dans le contexte d'un encadrement plus relâché au cégep; ceux qui ont mal supporté la solitude dans un milieu nouveau et étranger.»

> «Les élèves qui connaissent de graves difficultés au collégial ont des problèmes liés à la maturation psychologique (perception positive de soi, confiance en soi, capacité d'affirmation et de communication) et à la maturité intellectuelle (capacité de s'organiser, de se donner une méthode de travail).»[35]

La variable sexe est importante. Les filles réussissent mieux pour certaines raisons et lorsqu'elles échouent elles invoquent les raisons suivantes :

«Les filles donnent plus souvent comme raisons de l'échec de leurs études le manque de confiance en soi, la concurrence trop forte entre les élèves et des problèmes de santé. Elles disent, plus souvent que les garçons, accorder de l'importance aux études et y consacrer beaucoup de temps.

Les garçons, pour expliquer leur échec, mentionnent plus souvent le manque d'intérêt, d'engagement dans les études, de concentration, de buts et de discipline. Ils soulignent aussi les retards, le temps consacré à d'autres activités (emploi, sports, activités parascolaires), la mauvaise organisation de leurs activités scolaires et leurs méthodes de travail déficientes.»[36]

2.3. La santé chez les jeunes[37]

2.3.1. Les causes de mortalité chez les jeunes

Les accidents et les traumatismes sont les principales causes de la mortalité chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans au Québec. Dans son livre «La santé des Québécois : des problèmes prioritaires», Madeleine Levasseur précise :

> La mortalité des adolescents et des jeunes adultes se caractérise par le grand nombre de morts violentes et l'ampleur de la surmortalité masculine.»[38]

L'auteure précise que 60 % des décès sont attribuables aux accidents de la route et au suicide, deux causes «(reliées) à des facteurs d'environnement physique et psycho-social et à des problèmes d'alcoolisme et de drogue.»[39] L'alcool étant relié, selon d'autres sources, à 50 % des accidents d'auto et 70 % des accidents de moto.[40]

2.3.2. Les problèmes de santé chez les jeunes

Il est généralement reconnu que les problèmes de santé augmentent en même temps que l'âge. Donc, plus on est jeune et moins on devrait avoir des problèmes de santé. Il faut toutefois voir que des jeunes vivent des problèmes de santé.[41]

Dans la présente partie du document nous allons, d'une part, énumérer l'ensemble des problèmes de santé observés chez les jeunes et, d'autre part, décrire les priorités accordées aux problèmes de santé par les intervenantes et les intervenants en santé et par les jeunes eux-mêmes.

Rappelons que les problèmes de santé sont souvent, sinon principalement, reliés à des habitudes de vie chez les jeunes. En effet, les problèmes de santé physique ou mentale rencontrés chez les jeunes sont «(...) souvent reliés à ce processus de maturation particulier à l'adolescence.»[42]

Dans son mémoire soumis au Conseil permanent de la jeunesse, le Regroupement des infirmières de CÉGEP du Québec (RICQ) aborde en ces termes la description des problèmes de santé chez les jeunes :

> «Une importante revue de la littérature et des recherches accessibles ainsi que nos nombreuses années d'expérience et d'analyse personnelles nous ont permis de dresser la liste de six thèmes problématiques apparaissant prioritaires en santé collégiale.»[43]

Les thèmes classés prioritaires par le RICQ sont, par ordre alphabétique, les suivants :

> «(...) l'alcool, les cigarettes et les autres drogues; le comportement alimentaire; la contraception; les maladies transmissibles sexuellement; la santé mentale et le suicide.»[44]

Dans deux cégeps de la région de Québec, les infirmières rattachées au CLSC Le Phare ont élaboré, en collaboration avec d'autres intervenantes en santé, un «cadre de référence» dans le but d'améliorer l'efficacité de leur intervention auprès des élèves. Elles ont, dans un premier temps, réalisé une revue de la littérature et décrit les principaux problèmes de santé rencontrés chez les jeunes en général et les élèves des cégeps. Les problèmes décrits concernent la consommation des psychotropes, la sexualité, la santé mentale, l'alimentation et les problèmes reliés à l'environnement comme le bruit et la qualité de l'air. Elles ont, dans un deuxième temps, énuméré les principaux motifs de consultation des élèves.[45] Il est intéressant de reproduire ici le tableau donnant la répartition en pourcentage des motifs de consultation regroupés en six catégories (se reporter au Tableau V).

Nous constatons que le quart des consultations sont relatives à des questions touchant la sexualité. Un autre quart concerne des problèmes qui peuvent être reliés au mode de vie ou au vécu quotidien.

TABLEAU V : Les motifs de consultations invoqués par les élèves

MOTIFS DE CONSULTATION	RÉPARTITION EN POURCENTAGE
Premiers soins	15
Malaises courants (céphalées, problèmes digestifs, douleurs abdominales, etc.)	25
Sexualité (contraception, MTS, grossesse)	25
Demande de documentation	15
Références médicales	10
Autres (nutrition, tabagisme, stress, etc.)	10

Source : CLSC SAINTE-FOY-SILLERY, Programme-cadre: la santé des jeunes au collégial, Sainte-Foy-Sillery, CLSC Le Phare, novembre 1990, p. 41.

Les auteures expliquent en ces termes l'absence de motifs reliés à la santé mentale :

> «(...) il est à noter qu'il est plus facile pour l'étudiant d'entrer en contact avec une personne-ressource à partir d'un problème physique plutôt que d'ordre mental; par exemple, il est plus facile d'amorcer une consultation en se plaignant de problèmes digestifs que d'une angoisse importante occasionnée par un conflit familial. C'est pourquoi de nombreuses consultations pour des malaises courants cachent souvent un problème de santé mentale. Il revient donc à l'intervenante de faciliter l'expression du vécu de l'étudiant pour découvrir les motifs de la consultation.»[46]

Le second volet de cette présentation d'ensemble des problèmes de santé rencontrés chez les élèves des cégeps concerne l'importance relative de ceux-ci ou le caractère prioritaire de telle catégorie de problèmes relativement à telle autre. Nos sources de données sur ce sujet sont également limitées. Les deux documents cités précédemment, qui sont produits rappelons-le par des intervenantes et des intervenants en santé dans les cégeps, fournissent quelques éléments d'information.

Il est important de comprendre en premier lieu que le document du RICQ, qui constitue un mémoire présenté au Conseil permanent de la jeunesse, classe les six catégories de problèmes énumérées comme étant tous des problèmes exigeant des interventions prioritaires compte tenu des caractéristiques psycho-sociales des élèves des cégeps (se reporter à la page 22). Par ailleurs, les rédactrices du document analysant la situation aux cégeps de Sainte-Foy et F.-X.-Garneau ont, dans un contexte différent, fait l'exercice de se donner des critères visant à établir des priorités d'intervention dans ces milieux. Les cinq critères retenus pour définir les priorités en matière de besoins, et donc d'intervention, sont les suivants : 1) l'importance du problème compte tenu des caractéristiques de la population cible, 2) la possibilité de le solutionner, 3) l'incapacité que ce problème crée (incapacité partielle, totale, permanente ou temporaire), 4) l'existence de pressions exercées par le milieu ou la société pour agir sur ce problème, et 5) l'existence de ressources déjà engagées dans la résolution de ce problème.[47] Ces critères appliqués à chacun des problèmes analysés dans la revue de la littérature ont mené à la définition de trois catégories de besoins en santé jugées prioritaires au cégep : la sexualité, la santé mentale et la consommation de psychotropes.[48] Chacune des catégories a été subdivisée en thèmes[49] et ceux-ci ont fait l'objet d'un classement afin d'établir des priorités en matière de besoins de santé et donc d'intervention.

> «(...) selon la pondération totale obtenue par chacun (des thèmes), on obtient au premier rang les infections à VIH et le Sida (21 points sur une possibilité de 25), au deuxième l'alcool (19 points), au troisième rang à égalité, le suicide (18 points) et les MTS (18 points) et au quatrième les grossesses non désirées (17 points).»[50]

Évidemment la priorité accordée à ces problèmes est le résultat de l'analyse des intervenantes en santé. Nous verrons plus loin si les «jeunes» en général ont la même perception de ce qui est

prioritaire en matière de besoins de santé. Toutefois, avant d'aborder cette question nous allons résumer les résultats d'une recherche effectuée au cégep de Saint-Jean-sur-Richelieu et dont l'objectif consistait à établir les besoins de santé bio-psycho-sociaux des élèves.[51] Les besoins de santé ont d'abord été établis à partir de la consultation d'un groupe-conseil formé de personnes membres du personnel du cégep. Les résultats ont par la suite été validés par un sondage auprès d'un échantillon d'élèves. Le groupe-conseil a défini 32 problèmes de santé qui ont fait l'objet d'un classement par priorité. Les résultats ont ensuite servis à l'élaboration du questionnaire d'enquête. Nous présentons en parallèle, dans le Tableau VI, le classement des dix problèmes classés prioritaires par le groupe-conseil et lors du sondage auprès des élèves.

Il va de soi que ces besoins de santé et les ordres de priorité établis ne peuvent pas être transposés à l'ensemble des cégeps. Ils sont toutefois révélateurs de deux choses. En premier lieu, il peut y avoir divergence, ou non concordance absolue, entre les perceptions des intervenantes et des intervenants en ce qui a trait aux besoins de santé des élèves et celles de ces derniers. Il nous apparaît donc important de faire preuve d'une certaine prudence lorsqu'il s'agit de définir les besoins de santé des élèves des cégeps en l'absence de données précises provenant des personnes intéressées.[52] Dans l'exemple du cégep de Saint-Jean-sur-Richelieu, notons que dans l'ensemble les données fournies par le groupe-conseil se sont avérées assez semblables à celles fournies par les jeunes eux-mêmes.

En second lieu, ces informations sont intéressantes, notamment celles résultant du sondage auprès des élèves, parce qu'elles mettent en évidence certaines difficultés que nous avons décrites dans les sections précédentes. Ainsi, le stress lié à la somme de travail, aux examens et aux exigences d'admission à l'université est classé en tête de liste des priorités par les deux groupes. Mentionnons que le stress est la source de nombreux problèmes de santé; nous reviendrons sur ce sujet. Les deux thèmes 2.5 sont reliés à l'avenir professionnel (problème de choix de carrière et l'emploi futur à décrocher une fois rendu sur le marché du travail). Les thèmes 4 (manque de motivation) et 8 (fatigue) sont révélateurs de difficultés liées à la vie cégépienne et peuvent être la source également de problèmes de santé.

TABLEAU VI: Classement des priorités en matière de besoins de santé au cégep de Saint-Jean-sur-Richelieu qui ont été définies à la suite de la consultation d'un groupe-conseil et d'un sondage auprès des élèves.

	Nous présentons ci-dessous dans l'ordre les dix thèmes prioritaires retenus par le groupe-conseil.		Nous présentons ci-dessous dans l'ordre les dix thèmes prioritaires retenus dans le sondage auprès des élèves.
1	Stress en regard de la somme de travail, face aux examens, aux fins de session ou aux exigences d'admission à l'université.	1	Stress en regard de la somme de travail, face aux examens, aux fins de session ou aux exigences d'admission à l'université.
2	Inquiétude face à l'emploi futur : possibilité d'emploi.	2.5	Inquiétude face à l'emploi futur : possibilité d'emploi.
3	Manque de motivation et d'encouragement.	2.5	Problèmes d'orientation : difficulté de choisir une carrière.
4	Surcharge dans la tâche académique (travaux, lectures, études).	4	Manque de motivation et d'encouragement.
5	Problèmes reliés à la sexualité en général.	5	Difficulté à organiser son temps entre les études, les loisirs et parfois, un travail rémunéré.
6	Manque de formation à des méthodes efficaces de travail qui permettraient de mieux s'organiser.	6	Manque d'argent.
7	Difficulté d'adaptation dus au transfert d'un milieu encadré (où les règles sont très précises) à un milieu permissif (où existe une grande liberté de choix et d'action).	7	Surcharge dans la tâche académique (travaux, lectures, études...).
8	Difficulté à organiser son temps entre les études, les loisirs et parfois, un travail rémunéré.	8	Fatigue.
9	Relations difficultueuses avec les professeurs.	9.5	Manque de formation à des méthodes efficaces de travail qui permettraient de mieux s'organiser.
10	Manque d'argent.	9.5	Manque de coordination entre les professeurs dans la répartition des travaux et la préparation des examens.

Source : CLOUÂTRE, Ginette et autres, Les besoins de santé bio-psycho-sociale des étudiants du cégep Saint-Jean-sur-Richelieu (projet santécégep), Saint-Jean-sur-Richelieu, Département de santé communautaire de l'Hôpital du Haut-Richelieu, avril 1987, p. 28 à 30.

2.3.3. Les besoins de santé chez les jeunes

À notre connaissance il n'existe pas de données récentes et complètes sur les besoins de santé concernant spécifiquement les élèves des cégeps. Les données que nous utiliserons proviennent de deux sondages; l'un effectué auprès des jeunes âgés de 17 à 30 ans et l'autre auprès des élèves de première année de cégep et de secondaire 4 et 5 du Québec.[53]

Dans un sondage effectué pour le compte du Conseil permanent de la jeunesse auprès des jeunes âgés de 17 à 30 ans, les personnes étaient invitées à nommer le problème «le plus important auquel (elles devaient faire) face». L'emploi, la carrière et le chômage ont été nommés respectivement par 33 % et 23 % des personnes. La drogue, les études, la santé, la personnalité et l'affectif, l'ont été respectivement par 10 %, 4 % et 4 % des personnes (se reporter au Tableau VII).

En rapport avec la santé, les jeunes (groupe 17-30 ans) étaient invités à nommer les problèmes de santé qui les «affectent» de manière spécifique. Les problèmes énumérés dans l'ordre sont : la drogue 37 %; la dépression et le suicide 20 % (17 % pour le groupe des 17-24 ans), les abus d'alcool 12 % (14 % pour le groupe des 17-24 ans), les MTS 11 % (13 % pour le groupe des 17-24 ans), le SIDA 7 %, l'alimentation 6 % et le tabagisme 4 % (se reporter au Tableau VIII).

Par ailleurs, l'enquête SEGMA effectuée auprès des élèves du secondaire et de première année du collégial fournit quelques données intéressantes notamment en rapport avec le SIDA et les MTS. Dans une question ouverte les invitant à nommer «les maladies qu'ils craignaient le plus», les élèves ont donné dans l'ordre : le SIDA (80 %), le cancer (78 %), les MTS (20 %), les maladies cardio-vasculaires (13 %).[54] Notons qu'appelés à se prononcer sur l'importance accordée à certains problèmes, 58 % des élèves ont placé le SIDA en tête des problèmes très importants après l'environnement (72 %) et la guerre (64 %), l'avortement venant au 7e rang avec 32 % des élèves.[55]

Le même sondage fournit également des données intéressantes sur la perception que les élèves ont de leur état de santé. Ainsi, 36 % des élèves considèrent qu'ils sont en excellente santé, 50 % considèrent que leur état de santé est bon, 13 % qu'il est moyen et 1 % qu'il est mauvais.[56] Fait à noter, les élèves des régions urbaines de Québec et de l'Île de Montréal sont beaucoup moins nombreux à se trouver en excellente santé (30 %) que ceux de la banlieue montréalaise (40 %) et de la province (41 %). Les auteurs du sondage précisent :

> «En fait, on retrouve, dans une proportion significativement plus élevée, les étudiants qui se considèrent en mauvaise santé sur l'Île de Montréal, et ce dans 19 % des cas comparativement à 14 % pour l'ensemble des répondants de l'échantillon.»[57]

TABLEAU VII : Le problème le plus important chez les jeunes selon l'âge.

PROBLÈMES NOMMÉS	17-24 ANS %	25-30 ANS %	17-30 ANS %
L'emploi et la carrière	31	35	33
Le chômage	19	27	23
La drogue	9	11	10
La langue	7	3	5
Les études	6	1	4
La santé, la personnalité et l'affectif	nd	nd	4
Les problèmes économiques	nd	nd	3
L'environnement	nd	nd	2
La famille	nd	nd	1

Source : SORECOM, Synthèse des résultats à la suite d'une étude menée par SORECOM auprès d'un échantillon de jeunes de 17 à 30 ans, s.l., avril 1989, p. 15.

TABLEAU VIII : Le problème de santé le plus important chez les jeunes.

PROBLÈMES NOMMÉS	17-24 ANS %	25-30 ANS %	17-30 ANS %
Les drogues	37	37	37
La dépression et le suicide	17	22	20
Les abus d'alcool	14	10	12
Les MTS	13	10	11
Le SIDA	7	7	7
L'alimentation	6	6	6
Le tabagisme	4	3	4

Source : SORECOM, Synthèse des résultats à la suite d'une étude menée par SORECOM auprès d'un échantillon de jeunes de 17 à 30 ans, s.l., avril 1989, p. 16-17.

2.3.4. L'incidence des habitudes de vie des jeunes sur leur santé

C'est le «Rapport d'enquête sur la santé des Canadiens» au milieu des années soixante-dix, qui mit en évidence l'incidence des habitudes de vie comme facteur déterminant de l'état de santé d'une population.

> «Après une époque durant laquelle l'accessibilité aux soins avait été idéalisée comme la clef d'une bonne santé, les habitudes de vie se révélaient les grandes responsables de l'état de santé»[58]

L'Enquête Santé Canada marqua un tournant important du point de vue des autorités sanitaires.

> «(...) les habitudes de vie ont donc commencé à être étudiées, à la fois comme prédicteurs de maladies au sein des populations, et comme comportements cibles visés par les programmes de santé publique. L'amélioration des habitudes de vie devenait un objectif intermédiaire (relativement facile à surveiller) dans les efforts pour améliorer l'état de santé de la population.»[59]

L'enquête de Santé Québec retient comme indicateurs des habitudes de vie, outre l'indice pondéral*[77] :

> «la consommation d'alcool, de drogue et de tabac, certaines habitudes alimentaires ainsi que le sommeil et l'activité physique».

Les indicateurs retenus des comportements préventifs sont :

> «le port de la ceinture de sécurité, le port du casque de sécurité pour les usagers de la moto et des véhicules tout terrain, la pratique du test de Pap et de l'examen des seins ainsi que l'usage de contraceptifs oraux.[60]

L'enquête s'est également intéressée à l'étude de l'environnement social notamment l'intégration sociale et l'expérience d'événements stressants.

Comme nous l'avons mentionné antérieurement, les données sur les habitudes de vie et l'état de santé des élèves des cégeps sont rares et partielles. Dans ce contexte, les résultats de l'enquête de Santé Québec sont donc extrêmement importants puisqu'ils fournissent des données sur le groupe d'âge des 15-19 ans et celui des 19-24 ans, qui représentent 90 % de l'effectif scolaire des établissements d'enseignement collégial.[61]

---

[77] Les termes suivis d'un astérisque (*) sont définis dans le lexique.

Nous allons dans les pages qui suivent résumer les principaux résultats de cette enquête. De plus, dans la mesure où des données sur les élèves des cégeps sont disponibles, nous les utiliserons pour illustrer les différentes situations décrites dans l'enquête Santé Québec.

Les jeunes de 15-19 ans ont de tous les groupes d'âge celui dont les bonnes habitudes de vie* sont les plus élevées (H : 63 %; F : 71 %).[62] Malheureusement, font remarquer les auteurs : «On note cependant une progression des mauvaises habitudes de vie à mesure qu'on passe des générations les plus jeunes aux générations plus âgées.»[63] Les mauvaises habitudes de vie progressent en effet rapidement avec l'âge comme l'illustrent bien les données du Tableau IX. Les femmes ont de moins mauvaises habitudes de vie que les hommes et la progression avec l'âge est moins marquée. En outre, les mauvaises habitudes de vie croissent lorsque le revenu familial diminue, bien qu'elles soient toujours meilleures chez les jeunes que chez leurs aînés quel que soit le niveau de revenu. Fait important à souligner :

> «Si on tient compte de l'activité principale, les femmes et les hommes de 15-19 ans et de 20-24 ans aux études sont plus nombreux à avoir de bonnes habitudes. Entre 25-29 ans, c'est le groupe des travailleurs qui obtient la plus forte proportion de saines habitudes.»[64]

TABLEAU IX : Mauvaises habitudes de vie selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987

SEXE \ ÂGE	15-19 ANS %	20-24 ANS %	25-29 ANS %	30 ANS ET PLUS %
HOMMES	8,5	13,3	14,7	21,4
FEMMES	7,4	11,7	12,7	14,1

Source : AYOTTE, Violaine et Marc FERLAND, Et la santé ça va? Les jeunes adultes, Québec, Les Publications du Québec, 1989, graphique 1 p. 8.

NOTE : toutes les proportions ont un coefficient de variation ≤ 25 %.[65]

D'une manière générale les jeunes ont un poids normal. Ils sont par ailleurs plus nombreux à avoir un poids insuffisant et moins nombreux à avoir des livres en trop. Comme l'illustrent les données du Tableau X c'est dans le groupe d'âge des 15-19 ans que l'on retrouve la plus forte proportion de personnes ayant un poids insuffisant. C'est aussi dans ce groupe que l'écart entre les sexes est le plus élevé.

TABLEAU X : Poids insuffisant selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987

SEXE \ ÂGE	15-19 ANS %	20-24 ANS %	25-29 ANS %	30 ANS ET PLUS %
HOMMES	29,1	12,5	9,1	6,1
FEMMES	17,3	14,2	11,5	6,0

Source : AYOTTE, Violaine et Marc FERLAND, Et la santé, ça va ? Les jeunes adultes, Québec, Les Publications du Québec, 1989, graphique 2 p. 9

NOTE : toutes les proportions ont un coefficient de variation ≤ 25 %.

Les femmes plus que les hommes désirent perdre du poids même si celui-ci est évalué comme normal. Cette proportion est la plus élevée dans le groupe des 15-19 ans, 57,5 % des femmes désirent perdre du poids contre 31,1 % pour leurs homologues masculins (se reporter au Tableau XI). Les auteurs ajoutent :

> «Ce désir de la minceur se manifeste même parmi les jeunes femmes ayant un poids insuffisant, dans des proportions de trois à quatre fois plus élevées que chez celles agées de 30 ans et plus, ce qui indique que cette tendance tend à perdre de l'importance avec l'âge.»[56]

TABLEAU XI : Désir de diminution de poids (grande et légère) chez les individus de poids normal selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987

SEXE \ ÂGE	15-19 ANS %	20-24 ANS %	25-29 ANS %	30 ANS ET PLUS %
HOMMES	31,1	20,2	20,9	20,8
FEMMES	57,5	53,4	49,4	34,3

Source : AYOTTE, Violaine et Marc FERLAND, Et la santé, ça va ? Les jeunes adultes, Québec, Les Publications du Québec, 1989, graphique 3 p. 10

NOTE : toutes les proportions ont un coefficient de variation ≤ 25 %.

Ce désir plus ou moins intense de perdre du poids ou de conserver un poids insuffisant constitue-t-il un indice d'un risque élevé d'anorexie ?[57] Peut-on définir un seuil permettant d'établir la

frontière entre l'anorexie et un comportement «normal» ? Bien sûr tout est question de critères de définition :

> «Selon certains, la combinaison «insuffisance de poids + désir de maigrir» serait une indication suffisante. On retrouverait alors 24 % d'adolescentes (dont le poids est insuffisant ou normal; adolescents 1,1 % nous insérons cette précision), soit près de 10 000, dans cette situation et 23 % des jeunes femmes de 20 à 24 ans (hommes 8,4 %), soit environ 9 000.»[68]

Les recherches ont montré que l'anorexie concerne davantage les jeunes femmes. Est-on par ailleurs en mesure d'expliquer ce comportement ? L'image de soi serait un facteur déterminant dans l'adoption de ce comportement :

> «La projection de l'image de soi semble jouer un rôle capital à cette période de la vie, même au détriment de la santé. Le besoin de se conformer à des comportement partagés par les pairs (habitudes de la cigarette, consommation d'alcool, comportements sexuels, image corporelle) vient interférer avec les messages sur le lien entre la santé et les habitudes de vie auxquels cette génération de femmes a pourtant été soumise plus que toute autre. Chez les jeunes femmes anorexiques, le sentiment d'être inadéquates, la recherche de la perfection et du contrôle sur leur corps ont été reconnus comme des facteurs jouant sur les comportements alimentaires (Swartz, 1985).»[69]

En ce qui a trait à la consommation d'alcool, les résultats de l'enquête montrent qu'à compter de vingt ans, 16 % des hommes sont considérés à risque élevé*. Cette proportion est deux à trois fois plus élevée que chez les femmes des mêmes groupes d'âge (se reporter au Tableau XII). Par contre, l'écart entre les hommes et les femmes dans le groupe d'âge des 15-19 ans est beaucoup moindre. En effet, chez ce groupe, 9,3 % des hommes sont considérés à risque alors que 7,4 % des femmes sont au même niveau de risque. Un écart d'à peine deux points de pourcentage. Deux constats se dégagent de ces données, selon Louise Guyon: d'une part, les jeunes femmes consomment davantage que leurs aînées et, d'autre part, leur mode de consommation «...se rapproche sensiblement de celui des jeunes hommes, ce qui n'était pas le cas des générations antérieures.»[70]

L'enquête Santé Québec révèle que 57,1 % des femmes et 66,6 % des hommes âgés de 15 à 24 ans sont considérés comme des «buveurs habituels».[71] Les abstinentes et les abstinents se retrouvent dans la même proportion soit respectivement 13,1 % et 13,7 %. Les personnes qui consomment beaucoup, soit 14 consommations et plus par semaine, constituent le groupe des personnes à risque élevé. Le Tableau XIII donne la répartition des personnes selon le nombre de consommations hebdomadaires et le sexe pour trois groupes d'âge entre 15 et 24 ans. Les données des groupes d'âge 15-17 ans et 17-18 ans et 14 consommations et plus par semaine montrent effectivement très peu de différence entre la proportion de femmes et celle des hommes. Chez les 15-17 ans la proportion des femmes et des hommes absorbant 14

consommations et plus par semaine sont respectivement de 4,5 % et 4,9 %. Chez les 18-19 ans les proportions sont près de trois fois plus élevées et s'établissent à 12,5 % et 13,6 %. D'ailleurs, chez les femmes, c'est dans ce groupe d'âge que la proportion de personnes ayant ce niveau de consommation est la plus élevée. Seul le groupe des 65-69 ans a un taux s'y rapprochant avec 10,2 %.[72] Chez les hommes c'est dans le groupe d'âge des 35-39 ans que la proportion de personnes buvant 14 consommations et plus par semaine est la plus élevée (20,8 %).[73]

TABLEAU XII : Risques élevés de consommation d'alcool selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987

SEXE \ ÂGE	15-19 ANS %	20-24 ANS %	25-29 ANS %	30 ANS ET PLUS %
HOMMES	9,3	15,5	15,0	16,3
FEMMES	7,4	6,7	6,5	5,0

Source : AYOTTE, Violaine et Marc FERLAND, Et la santé, ça va ? Les jeunes adultes, Québec, Les Publications du Québec, 1989, graphique 4 p. 11

NOTE : toutes les proportions ont un coefficient de variation ≤ 25 %.

TABLEAU XIII : Quantité hebdomadaire d'alcool consommé, selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987

GROUPE D'ÂGE	NOMBRE DE CONSOMMATIONS PAR SEMAINE			TOTAL
	0-6	7-13	14 et plus	
15-17				
FEMMES	85,7	9,8	4,5	100,0
HOMMES	79,9	15,2	4,9	100,0
18-19				
FEMMES	78,8	8,0	12,5	100,0
HOMMES	65,4	21,0	13,6	100,0
20-24				
FEMMES	82,4	12,2	5,4	100,0
HOMMES	59,6	21,2	19,2	100,0

Source : QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, Et la santé, ça va ? tome 2 rapport de l'enquête SANTÉ QUÉBEC 1987, Québec, Les Publications du Québec, 1988, p. 5.

Malheureusement les données relatives à la consommation d'alcool des jeunes aux études sont limitées puisque les études consultées n'ont pas effectué les calculs selon l'âge et cette activité. Par ailleurs, le Tableau XIV donne le niveau de consommation des personnes aux études sans toutefois préciser la répartition selon l'âge. Selon ces données, 9 % des personnes aux études prenaient entre 7 et 13 consommations par semaine et 4,67 % buvaient 14 consommations ou plus par semaine. En ce qui a trait aux habitudes de consommation d'alcool par les jeunes femmes, elle peut paraître faible, mais fait remarquer Louise Guyon il faut tenir compte, d'une part, :

> «...du fait que le même volume d'alcool aura des effets différents chez les femmes et chez les hommes, ces derniers pouvant, en général, en consommer de plus grandes quantités pour un même effet physiologique.»

Et, d'autre part, elle précise :

> «La proportion des jeunes femmes considérées à risque élevé peut apparaître minime actuellement. Toutefois, il s'agit d'une tendance nouvelle qui risque de prendre des proportions plus importantes dans les années à venir.»[74]

Elle met également en évidence les implications de ce constat :

> «À ce titre, elle mérite d'être prise en compte en intervention et en prévention. Ce que Santé Québec nous apprend, c'est que les jeunes femmes adoptent de plus en plus des modes de consommation à plus grand risque, comportements qui ont été associés, chez les hommes, à une mortalité précoce.»[75]

TABLEAU XIV : Quantité hebdomadaire d'alcool consommé par les personnes qui sont aux études, population de 15 ans et plus, Québec, 1987

	NOMBRE DE CONSOMMATIONS PAR SEMAINE			TOTAL
	0-6	7-13	14 et plus	
POPULATION ESTIMÉE	437 039	45 517	23 665	506 221
POURCENTAGE DE PERSONNES	86,33	8,99	4,67	100,0

Source : QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Et la santé, ça va ? tome 2 rapport de l'enquête SANTÉ QUÉBEC 1987, Québec, Les Publications du Québec, 1988, tableau 5 p. 7.

Nous reviendrons sur cette question dans la section sur la santé mentale afin de montrer l'association entre un niveau élevé de consommation d'alcool et celui de la détresse psychologique.

L'enquête effectuée dans le réseau collégial en 1983 fournit quelques données intéressantes à ce sujet. Selon ces données, 0,5 % des femmes et 3,7 % des hommes consommaient 3 bières ou plus par jour (se reporter au Tableau XV). Cela représente 21 bières par semaine. Il est difficile d'établir un parallèle avec l'enquête Santé Québec. Toutefois, ces chiffres révèlent l'existence, chez les élèves des cégeps, d'un groupe dont le comportement en matière de consommation d'alcool est critique. Certes, ces données ont un peu vieilli, mais elles demeurent les seules disponibles pour l'ensemble du réseau. Le même sondage révélait que 7,9 % des élèves (H 8,4 % F 7,4 %) éprouvaient des problèmes de consommation d'alcool (vin et spiritueux) et 5,6 % de consommation de bière (H 7,0 % F 4,4 %). Et c'est dans une proportion de 9,9 % (H 12,9 % F 7,6 %) qu'ils désirent «mieux contrôler (leur) consommation de bière ou d'alcool».[70] Les auteurs du rapport précisent : «... les consommateurs réguliers (une à deux bières ou plus par jour) cherchent dans une proportion oscillant de 30 % à 43 % soit à réduire leur consommation soit à mieux la contrôler».[71] Le sondage mettait également en évidence l'accroissement de la consommation d'alcool avec le nombre d'années d'études.[72]

TABLEAU XV : Consommation quotidienne d'alcool selon le sexe, élèves des cégeps, 1983

SEXE	3 BIÈRES ET PLUS PAR JOUR	1 VERRE DE VIN OU PLUS PAR JOUR
FEMMES	0,5	0,5
HOMMES	3,7	1,5
TOTAL	2,0	1,0

Source : QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les besoins de santé des élèves du collégial, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial et la Fédération des cégeps, juin 1983, tableau IV p. 24

Les résultats d'un sondage réalisé au cégep Lévis-Lauzon révèlent que 91,8 % des élèves consomment de l'alcool (bière, vin, spiritueux). À quelle fréquence ? À toutes les semaines dans une proportion de 64 % (H 75,9 % F 53,9 %). Les femmes consacrent en moyenne 11,57 $ par semaine à cette consommation alors que les garçons y consacrent 20,15 $. Fait à noter, près de 25 % des personnes déclarent avoir augmenté leur consommation d'alcool depuis qu'elles fréquentent le cégep alors que 12,1 % l'ont diminuée et 63,1 % ne l'ont pas changée. Les élèves

de collèges 2 et 3 ont, relativement à ceux de collège 1, augmenté dans une proportion plus élevée leur consommation d'alcool.[79]

Un autre sondage réalisé auprès des élèves du secondaire et du cégep Champlain montre également que les garçons consomment de l'alcool, dans une proportion plus élevée que les filles, plus souvent et en plus grande quantité.[80]

Par ailleurs, l'analyse des habitudes de consommation de drogues montre que, tout comme dans celle de l'alcool, les hommes sont de plus grands consommateurs de drogues que les femmes. Les résultats de l'enquête Santé Québec révèlent également une différence dans le type de consommation et des différences dans la consommation selon les groupes d'âge.[81]

Le tableau illustrant la répartition de la consommation de drogues selon les groupes d'âge montre que les personnes de trente ans et plus sont celles qui, dans une moins grande proportion, ont consommé une drogue ou plus au moins cinq fois dans leur vie (se reporter au Tableau XVI). Dans le groupe des 15-19 ans, c'est près d'une personne sur cinq qui a consommé de la drogue plus de cinq fois dans sa vie. Dans ce groupe, l'on observe peu de différence entre les habitudes de consommation des hommes et celles des femmes. Il en va autrement pour les groupes d'âge des 20-24 ans et 25-29 ans. Dans les deux groupes, environ une femme sur trois a consommé une drogue ou plus au moins cinq fois dans sa vie. Chez les hommes, les proportions sont de deux sur cinq pour le groupe des 20-24 ans et de près d'une personne sur deux pour le groupe des 25-29 ans.

TABLEAU XVI: Consommation d'une drogue ou plus, au moins cinq fois dans la vie selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, en pourcentage, Québec, 1987

	SEXE		
ÂGE	FEMMES	HOMMES	TOTAL
15-19 ANS	20,5	18,4	19,4
20-24 ANS	32,9	40,5	36,7
25-29 ANS	32,2	47,8	39,8
30 ANS ET PLUS	11,1	16,1	13,6

Source : AYOTTE, Violaine et Marc FERLAND, Et la santé, ça va ? Les jeunes adultes, Québec, Les Publications du Québec, 1989, tableau 1 p. 12

NOTE : toutes les proportions ont un coefficient de variation ≤ 25 %.

Lorsqu'on ne considère que la consommation de drogues fortes, la répartition selon le sexe et les groupes d'âge varie peu. Ici également l'on observe peu de différence, pour le groupe des 15-19 ans, entre les habitudes de consommation des femmes (7,5 %) et celles des hommes (6,9 %) (se reporter au Tableau XVII).

TABLEAU XVII: Consommation d'au moins une drogue forte plus de cinq fois dans la vie selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, en pourcentage, Québec, 1987

ÂGE	FEMMES	HOMMES
15-19 ANS	7,5	6,9
20-24 ANS	13,3	18,1
25-29 ANS	13,5	22,3
30 ANS ET PLUS	8,0	8,6

Source : AYOTTE, Violaine et Marc FERLAND, Et la santé, ça va ? Les jeunes adultes, Québec, Les Publications du Québec, 1989, graphique 5 p. 13

NOTE : toutes les proportions ont un coefficient de variation ≤ 25 %.

L'enquête effectuée en 1983 auprès des élèves des cégeps ne fournit que peu de données sur la consommation des drogues. En ce qui a trait à la consommation, le rapport indique que «la consommation des drogues est plutôt occasionnelle.»[53] La fréquence de consommation n'est pas précisée, cependant, les drogues consommées sont : la marijuana (3,1 %) et le haschich (6,7 %), les autres drogues n'étant consommées que dans des proportions inférieures à 1 % par les élèves.[53] Toutefois, il semble que les résultats sous-estiment quelque peu le phénomène de la consommation de drogues : «Un ensemble de facteurs essentiellement imputables à la réserve des élèves à s'exprimer à ce sujet dans le cadre de ce type de sondage atténuent la portée de ces résultats.»[54] L'évaluation que les élèves font de leur rapport avec les drogues présente ici un centre d'intérêt. Ainsi, 4,5 % des élèves (H 5,6 % F 3,5 %) considèrent que leur consommation de drogue leur «cause des problèmes» (se reporter au Tableau XVIII). En outre, 7,1 % des élèves (H 7,4 % F 6,7 %) souhaitent obtenir l'assistance du collège pour les aider à «diminuer l'usage fait de certains tranquillisants».

TABLEAU XVIII : Les difficultés reliées à la consommation de drogues, selon le sexe, élèves des cégeps, 1983

SEXE	«L'USAGE DE LA DROGUE ME CAUSE DES PROBLÈMES»	DÉSIRE L'ASSISTANCE DU CÉGEP POUR «M'AIDER À DIMINUER L'USAGE QUE JE FAIS DE CERTAINS TRANQUILLISANTS»
FEMMES	3,5	6,7
HOMMES	5,6	7,4
TOTAL	4,5	7,1

Source : QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les besoins de santé des élèves du collégial, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial et la Fédération des cégeps, juin 1983, tableau II p. 14.

Les résultats du sondage effectué au cégep Lévis-Lauzon reflètent assez bien les tendances décrites dans l'enquête Santé Québec. Les résultats de cette dernière indiquent que dans le groupe des 15-24 ans 72,70 % des femmes et 69,87 % des hommes n'ont jamais consommé de drogues (se reporter au Tableau XIX).

TABLEAU XIX : Type de consommation pour le groupe des 15-24 ans, en pourcentage, Québec, 1987

	MARIJUANA SEULEMENT	DROGUES FORTES	PAS DE DROGUE	TOTAL
FEMMES	16,53	10,77	72,70	100,0
HOMMES	17,27	12,86	69,87	100,0

Source : QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Et la santé, ça va ? tome 2 rapport de l'enquête SANTÉ QUÉBEC 1987, Québec, Les Publications du Québec, 1988, tableaux 9, 10 p. 9-10.

Les résultats du sondage au cégep de Lévis-Lauzon sont comparables puisque les proportions pour les femmes et les hommes sont respectivement de 71,43 % et 65,70 % (se reporter au Tableau XX). Dans l'un et l'autre cas les femmes s'abstiennent de consommer de la drogue dans une proportion légèrement supérieure à celle des hommes. Par ailleurs, les autres résultats sont difficilement comparables, le sondage du cégep indiquant la fréquence de consommation alors que celui de Santé Québec traite du type de consommation. Toutefois, le premier révèle tout de même une fréquence de consommation (régulière ou occasionnelle) de près de 30 % chez les femmes et de près de 35 % chez les hommes. De plus, et en règle générale, les femmes consomment moins souvent et en moins grande quantité que leurs confrères, sauf, précise-t-on dans le rapport, pour la cocaïne où la fréquence et la quantité sont comparables.[65]

TABLEAU XX : Fréquence de la consommation de drogue selon le sexe, en pourcentage, cégep Lévis-Lauzon, 1989

	RÉGULIÈREMENT	À L'OCCASION	JAMAIS	TOTAL
FEMMES	1,93	26,64	71,43	100,0
HOMMES	7,25	27,05	65,70	100,0

Source : CÉGEP LÉVIS-LAUZON, Résultats du sondage concernant la consommation de drogue, alcool et médicaments au cégep Lévis-Lauzon, Lévis, mars 1989, p. 4.

En ce qui a trait à la consommation de tabac, les résultats de l'enquête Santé Québec montrent que le comportement des hommes et des femmes aurait eu tendance à s'inverser au cours des dernières décennies donnant lieu à une augmentation de la consommation du tabac chez les femmes par rapport aux hommes. À ce sujet Louise Guyon précise :

> « Les études sur le tabagisme, au Québec et au Canada, ont largement fait état de cette situation et surtout du fait qu'elles étaient le seul groupe resté imperméable aux campagnes antitabagisme. »

De plus :

> « Les jeunes Québécoises étaient les plus nombreuses à fumer régulièrement la cigarette et contribuaient pour la plus large part à l'augmentation du tabagisme chez les jeunes au Canada. »[66]

En 1987, dans le groupe des 15-29 ans, les femmes constituent le groupe qui fume le plus (occasionnel et régulier; se reporter au Tableau XXI). Dans la catégorie des fumeurs réguliers, la proportion de femmes passe de une sur quatre, dans les groupes d'âge de 15 à 19 ans à deux

sur cinq dans ceux de 20 à 29 ans. Avec l'augmentation de l'âge l'écart s'amenuise entre les hommes et les femmes.

Le Tableau XXII illustre la situation de la consommation quotidienne moyenne de cigarettes. Il ressort des données que près de 5 % des femmes (hommes 6,9 %) consomment 26 cigarettes et plus par jour, alors que 62,4 % des femmes (hommes 68,6 %) en consomment entre 11 et 25 par jour. Les problèmes de santé reliés au tabagisme sont connus et biens documentés; différents types de cancer et diverses maladies pulmonaires sont étroitement reliés à cette habitude de consommation. Les données sur le tabagisme sont d'autant plus importantes car, chez les femmes qui consomment des contraceptifs oraux, cette habitude de consommation accroît l'incidence de certaines de ces maladies.

TABLEAU XXI : Type de fumeuses et de fumeurs, des 15-29 ans selon quatre groupes d'âge, Québec, 1987

ÂGE SEXE	JAMAIS FUMÉ	EX-FUMEUR	FUMEUR OCCASIONNEL	FUMEUR RÉGULIER
15-17 ANS				
FEMMES	46,8	16,7	10,6	25,9
HOMMES	60,4	12,7	6,5	20,4
TOTAL	53,8	14,6	8,5	23,1
18-19 ANS				
FEMMES	42,0	16,7	12,4	28,9
HOMMES	54,6	14,9	5,5	25,0
TOTAL	48,2	15,8	9,9	27,0
20-24 ANS				
FEMMES	31,4	21,2	6,7	40,7
HOMMES	43,8	16,2	6,0	33,9
TOTAL	37,7	18,7	6,3	37,3
25-29 ANS				
FEMMES	28,2	25,2	4,2	41,9
HOMMES	31,0	24,5	4,6	39,9
TOTAL	29,5	25,2	4,4	40,9

Source : QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Et la santé, ça va ? tome 2 rapport de l'enquête SANTÉ QUÉBEC 1987, Québec, Les Publications du Québec, 1988, tableau 14 p. 13.

TABLEAU XXII : Fumeurs réguliers, selon le nombre de cigarettes fumées quotidiennement, selon l'âge et le sexe, personnes âgées de 15 à 44 ans, Québec, 1987

ÂGE SEXE	NOMBRE DE CIGARETTES FUMÉES QUOTIDIENNEMENT		
	1-10	11-25	26 ET PLUS
15-24 ANS			
FEMMES	32,9	62,4	4,7
HOMMES	24,5	68,6	6,9
25-44 ANS			
FEMMES	15,2	69,0	15,8
HOMMES	12,7	64,9	22,4

Source : QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Et la santé, ça va ? tome 2 rapport de l'enquête SANTÉ QUÉBEC 1987, Québec, Les Publications du Québec, 1988, tableau 19 p. 15.

Le Tableau XXIII indique qu'une femme sur quatre âgées de 15 à 19 ans prend des contraceptifs oraux. Cette proportion passe à deux sur cinq pour le groupe d'âge des 20-24 ans et à moins de 20 % pour celles dont l'âge se situe entre 25 et 44 ans. Les différentes enquêtes menées sur le sujet montrent que la consommation des contraceptifs oraux a quelque peu diminué au cours des années.[47] Il semble que cette méthode contraceptive soit la plus populaire chez les jeunes femmes.

TABLEAU XXIII : Proportion des femmes qui prennent des contraceptifs oraux entre 15 et 64 ans, en pourcentage, Québec, 1987

15-19 ANS	20-24 ANS	25-44 ANS	45-64 ANS	TOUS ÂGES
26,0	41,0	18,0	1,0	18,0

Source : GUYON, Louise, Quand les femmes parlent de leur santé, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, graphique 22 p. 66.

TABLEAU XXIV : Consommation de contraceptifs oraux selon l'âge et le tabagisme, femmes âgées de 15 à 44 ans, en pourcentage, Québec, 1987

ÂGE	JAMAIS FUMÉ	EX-FUMEUSE	FUMEUSE OCCASIONNELLE	FUMEUSE RÉGULIÈRE	TOTAL
15-24	33,3	51,4	44,2	65,9	48,9
25-44	17,8	16,2	16,4	19,7	18,0

Source : GUYON, Louise, Quand les femmes parlent de leur santé, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, graphique 23 p. 67.

Note : Les pourcentages sont calculés à partir du nombre de femmes dans chaque catégorie de consommation.

Les résultats de l'enquête Santé Québec révèlent que deux femmes sur trois consommant des contraceptifs oraux sont aussi dans la catégorie des fumeuses régulières chez le groupe des 15-24 ans (se reporter au Tableau XXIV). Or, les résultats de différentes recherches médicales ont mis en évidence l'incidence de la consommation des contraceptifs sur les maladies cardio-vasculaires et l'accroissement de ces risques avec le tabagisme.[88] Certes, précise Louise Guyon, les risques liés à la consommation tabac-contraceptifs sont plus élevés après 35 ans, mais poursuit-elle, des questions subsistent :

> «... le fait qu'un nombre aussi important de jeunes femmes s'engagent dans des habitudes de vie qui peuvent compromettre leur santé et leur vie de façon précoce devrait nous alerter. Cette constatation est importante car elle suscite d'autres questions : cette consommation va-t-elle continuer toute leur vie ou s'agit-il d'un effet de génération ? On peut se questionner aussi sur l'accord tacite des milieux professionnels et de la société pour qui le risque des grossesses à l'adolescence prime sur tous les autres. A-t-on véritablement cherché d'autres solutions à la contraception chez les adolescentes ? Doit-on chercher d'abord à agir sur l'habitude de fumer ?»[89]

Ces questions sont d'autant plus importantes dans le présent contexte qu'une forte proportion de jeunes femmes sont aux études donc dans un milieu susceptible d'influencer leurs habitudes de vie. Cette situation soulève, aux intervenantes et aux intervenants en santé, de nombreuses questions dont la suivante : quels liens peut-on établir entre l'habitude de fumer et les caractéristiques psycho-sociales des jeunes femmes ? Les réponses à ces questions ne vont pas de soi et pourtant elles sont essentielles pour définir des voies d'intervention efficaces. Citons à nouveau à ce sujet Louise Guyon :

> «Pour élaborer des pratiques d'intervention, il sera intéressant de mieux connaître les caractéristiques des jeunes filles et des jeunes femmes qui fument de façon régulière et surtout leurs motivations quant à la décision de s'engager

dans le tabagisme et d'y persister. Quels sont les liens que l'on peut établir entre le fait de fumer et l'image de soi ? La montée du tabagisme chez les femmes a souvent été associée à une modification de l'image et du rôle des femmes ; le fait de fumer a déjà été considéré comme un symbole de libération. Est-ce encore le cas aujourd'hui ? La publicité présente souvent les fumeurs (et surtout les fumeuses) dans des contextes de séduction et d'action. Les fumeuses y sont toujours jeunes, sûres d'elles et attirantes sexuellement. Quand on connaît l'importance accordée à l'image de soi chez les adolescentes, on ne devrait pas se surprendre de la persistance du tabagisme malgré les campagnes de promotion de la santé. Si l'on ajoute à cela la crainte de prendre du poids, associé à l'arrêt de la cigarette (de nombreuses jeunes femmes décident même de commencer à fumer en espérant que cela les aidera à maigrir ou à rester minces), on comprendra que la tendance au tabagisme reste très forte chez les femmes de cet âge. Toute activité sanitaire destinée à réduire l'usage de la cigarette chez elles devra nécessairement tenir compte de ces réalités.»[90]

La sexualité chez les jeunes n'a pas été traitée dans l'enquête Santé Québec. Celle menée dans les cégeps en 1983 comportait principalement des questions relatives au besoin d'aide et d'information. Par ailleurs, nous disposons, en plus des textes à caractère général, des résultats de quelques sondages effectués dans les cégeps et portant sur les comportements préventifs des femmes et des hommes face aux MTS et à la contraception.

L'adolescence, nous l'avons vu précédemment, constitue une période de découverte de soi et des autres; c'est la recherche de son identité. La sexualité devient un mode de communication et un mode d'expression de son idéal. Des recherches effectuées dans les cégeps montrent que pour les élèves la sexualité est un mode d'«expression de l'amour», un «moyen de communication», et dans une moindre mesure une «recherche de plaisir» et d'«affirmation de soi».[91] Or, les moeurs sexuelles des jeunes personnes ont beaucoup changé au cours des dernières décennies. Des valeurs plus permissives, une maturité sexuelle atteinte plus jeune, une scolarisation plus longue qui retarde d'autant l'intégration au marché du travail et l'accès au mariage sont autant de facteurs qui favorisent un vécu sexuel plus précoce. Les différentes études menées, tant au Québec qu'ailleurs, sur les comportements sexuels des jeunes situent l'âge moyen des premières relations sexuelles entre 15 ans et 17 ans.[92] En outre, selon ces mêmes études, 60 % et plus des jeunes de cet âge sont sexuellement actifs. Cette activité sexuelle plus précoce n'est pas toujours accompagnée de l'adoption de comportements préventifs. L'essentiel du problème, si l'on peut s'exprimer ainsi, réside dans l'adoption de comportements préventifs face aux MTS et à la contraception. L'absence de comportements préventifs peut entraîner des conséquences très importantes et parfois dramatiques pour l'individu à court et à long termes. Les conséquences sanitaires sont importantes à un point tel que les «spécialistes» en parlent en des termes alarmants :

«Cette sexualité adolescente, sortie de la clandestinité, allait donner lieu à l'apparition d'une nouvelle pathologie chez ce groupe d'âge : épidémie de

> grossesses, l'avortement et ses conséquences, incidence élevée de MTS, dysfonction sexuelle.»[93]

Il va de soi que les grossesses chez les jeunes femmes ne sont pas toutes non désirées.[94] Par ailleurs, une grossesse non désirée découlant de l'absence ou d'une utilisation occasionnelle de moyens contraceptifs peut avoir des conséquences dramatiques. Or, l'adoption d'un comportement contraceptif préventif ne va pas nécessairement de soi pour une adolescente ou un adolescent :

> «La réalité sexuelle des adolescents (un sur deux est actif sexuellement et une moitié de ceux-ci utilisent une méthode contraceptive efficace) les confronte à une nouvelle tâche à accomplir : choisir et pratiquer correctement une méthode contraceptive efficace. Le contact quotidien avec les adolescents nous a permis de constater que cette tâche est complexe, vécue de diverses façons par les adolescents et avec des conséquences parfois catastrophiques.»[95]

Si aujourd'hui la sexualité active chez les jeunes est davantage reconnue et acceptée, il existe encore «beaucoup de résistance à reconnaître à l'adolescente et à l'adolescent actifs sexuellement le droit à la contraception.»[96] Pourtant, l'adoption de comportements préventifs efficaces est essentielle pour éviter que des jeunes femmes soient confrontées à des grossesses non désirées.

L'incidence élevée des MTS soulève également bien des questions sur les comportements préventifs des jeunes sexuellement actifs. Si certaines de ces maladies peuvent être soignées, pour d'autres la pharmacopée ne fournit pas encore de traitement.[97] A ce sujet certaines données sont préoccupantes. Citant diverses sources, le Regroupement des infirmières de CÉGEP dans leur mémoire au Conseil permanent de la jeunesse mentionne qu'une personne sur vingt est atteinte d'une MTS et «l'ignore souvent». Les trois-quarts des sujets atteints ont moins de trente ans. De plus, il existerait un lien entre l'infertilité et les complications découlant des MTS. Parmi les maladies les plus répandues, la chlamydia viendrait en tête de liste. Cette maladie serait à «... l'origine de la hausse notable de cas de salpingite et de grossesses extra-utérines que l'on constate de plus en plus un peu partout en Amérique du Nord.»[98] Les condylomes acuminés constituent également une MTS en progression rapide selon les résultats de certaines recherches : leur incidence aurait quintuplé au cours des dernières années et cette situation est d'autant plus préoccupante que cette maladie «pourrait être associée au cancer du col de l'utérus.»[99]

Le SIDA est certes l'une des maladies transmissibles sexuellement la plus connue. Cette triste notoriété serait attribuable à la publicité faite autour de celle-ci en rapport avec l'absence de médicament pour lutter contre cette maladie. Son incidence est très importante et semble en progression :

> «La Société Royale du Canada prévoit que le SIDA deviendra au début des années 90, la première cause de décès chez les hommes âgés de vingt-cinq à quarante-quatre ans. Les statistiques récentes du centre fédéral sur le SIDA (17

> septembre 1990) ont dénombré 4427 cas de SIDA déclarés au Canada. Toutefois, l'on estime qu'entre 30 000 à 50 000 personnes sont infectées par le VIH. Pour le Québec cette estimation est de l'ordre de 10 000 à 15 000 avec 1388 cas de SIDA déclarés.»[100]

Or, en dépit des campagnes d'information et des conséquences tragiques pour les personnes affectées par le SIDA, les gens, en particulier les jeunes personnes, modifient très peu leurs comportements préventifs :

> «Face à cette incidence accrue et à la sévérité du SIDA, plusieurs campagnes de promotion et de publicité, diffusées par les multiples instances concernées par la lutte contre le SIDA, ont tenté dans les dernières années d'atteindre la population adolescente. Pour des raisons mal définies encore, il s'avère que malgré tout ce qu'ils savent du SIDA, les jeunes n'en maintiennent pas moins des comportements à risque dans leurs relations sexuelles (...). Il apparaît donc, au Québec comme dans l'ensemble du Canada, que toutes les campagnes d'information et les communications persuasives n'ont pas eu l'effet d'ensemble souhaité. D'où la nécessité urgente de mieux comprendre les causes de la distance qui sépare, d'une part, l'acquisition des connaissances et l'amélioration des attitudes des jeunes et, d'autre part, l'adoption de comportements préventifs requis pour réduire la propagation du sida.»[101]

Pourtant, depuis la découverte du SIDA, les connaissances ont beaucoup évolué relativement à ses caractéristiques et à ses modes de propagation. Il est maintenant reconnu que le SIDA frappe aussi bien les personnes hétérosexuelles qu'homosexuelles. En outre, certaines personnes sont considérées à risque élevé notamment les narcomanes et celles qui ont de multiples partenaires et qui n'utilisent pas systématiquement le condom. Compte tenu qu'il n'existe présentement aucun traitement contre le SIDA, il est impératif d'agir pour inciter les personnes notamment les jeunes à adopter des comportements préventifs efficaces.[102] Notons qu'il s'écoule en moyenne une période de cinq ans entre l'infection et la manifestation des signes de la maladie.

En rapport avec le vécu sexuel des jeunes des cégeps d'autres aspects sont à considérer. Mentionnons, à titre d'exemple, le harcèlement sexuel,[103] les agressions sexuelles et la prostitution.[104]

L'incidence des grossesses non désirées et des MTS est étroitement liée aux comportements sexuels, ces derniers étant à leur tour étroitement reliés aux valeurs et aux croyances des personnes. Nous allons donc, à partir des résultats de quelques recherches effectuées dans les cégeps, décrire certains comportements liés au vécu sexuel des élèves.

La relation sexuelle est dans une large mesure reliée à un rapport amoureux; «La stabilité de la relation amoureuse est tout à fait étonnante» constatent les intervenantes qui ont réalisé l'enquête au cégep de Shawinigan.[105] Ainsi, la raison la plus souvent citée pour avoir des relations sexuelles est «parce que je suis en amour».[106] Quant à la fréquence des relations sexuelles,

selon les diverses études consultées, elle serait en moyenne de une fois par semaine.[107] S'il y a «stabilité» dans la relation amoureuse elle ne détermine pas absolument la ou le partenaire sexuel. A ce sujet l'enquête de Shawinigan précise :

> «En général le partenaire sexuel est l'ami. Mais, une proportion importante (1/3 à peu près) des répondants ont déjà eu des conduites sexuelles à risque puisqu'il ont déjà fait l'amour à l'extérieur d'une relation de couple stable. Ces répondants sont susceptibles d'avoir de multiples partenaires.»[108]

Le nombre de partenaires est également un révélateur important des risques potentiels liés au vécu sexuel. Ainsi, au cégep Lévis-Lauzon, 15,5 % des élèves sexuellement actifs avaient eu «au cours des 12 mois précédant l'enquête» trois partenaires ou plus. Par ailleurs, 63,4 % des élèves n'avaient eu qu'un seul partenaire au cours de la même période. Au cégep de Shawinigan, 40,5 % des élèves actifs sexuellement avaient eu trois partenaires sexuels ou plus «depuis le début de (leur) vie sexuelle active». Bien que les résultats de ces deux sondages ne soient pas directement comparables, puisqu'ils utilisent deux périodes de référence différentes, ils indiquent qu'une proportion importante des élèves ont, avant même la fin de leur adolescence, déjà eu plus d'un partenaire sexuel. Ces résultats sont d'ailleurs tout à fait comparables aux résultats de recherches effectuées dans d'autres milieux.[109]

Les MTS contractées révèlent pour leur part l'incidence de ce qui au départ n'est qu'un risque potentiel lié à une vie sexuelle active. Les résultats des deux enquêtes citées précédemment montrent que l'incidence des MTS est de l'ordre de 7 à 8 % des personnes sexuellement actives .[110] En outre, l'auteure de l'enquête réalisée au cégep de Shawinigan précise, ce qui constitue d'ailleurs des résultats prévisibles, que le nombre de personnes infectées croît avec l'âge et que le risque croît également de façon significative avec le nombre de partenaires sexuels différents. À ce sujet elle déclare : «Ainsi, il apparaît clairement que le fait d'avoir des partenaires multiples est un comportement qui accroît les risques de contracter une MTS.»[111]

Le niveau de connaissances est certainement un facteur important pour induire un comportement préventif adéquat. Il est malheureusement insuffisant selon les résultats obtenus à Shawinigan : «Le niveau de connaissances sur les MTS ou les moyens préventifs n'apparaît pas être une piste d'explication valable en ce qui a trait aux risques de contracter une MTS».[112] En outre, comme l'illustrent les résultats des sondages il subsiste bien des idées erronées tant chez les élèves en général que chez ceux qui sont sexuellement actifs.

Mise à part l'abstinence, le condom demeure pour les personnes sexuellement actives le moyen de prévention le plus utilisé et le plus efficace contre les MTS. De plus, il constitue un moyen contraceptif relativement efficace. D'ailleurs toutes les campagnes d'information visant à favoriser des comportements préventifs le présentent comme étant «le» moyen de protection à utiliser.

Alors, qu'en est-il de son utilisation par les élèves sexuellement actifs des cégeps ? Pour quelles raisons l'utilise-t-on ? Selon les deux sondages, bon nombre de personnes sexuellement actives

n'utilisent pas le condom. En effet, de trois à quatre personnes sur dix ne l'utilisent pas. En outre, les autres l'utilisent de façon occasionnelle. Ainsi, de deux à trois personnes sur dix l'utilisent de façon systématique alors qu'une proportion similaire déclare l'utiliser plus ou moins fréquemment.[113] Ces quelques données indiquent bien que l'utilisation systématique du condom est très loin de constituer un acquis pour l'ensemble des jeunes sexuellement actifs. La situation s'avère encore plus préoccupante, quant à la prévention des MTS, lorsque les raisons de l'utilisation du condom sont analysées. Ainsi, selon le sondage réalisé au cégep de Lévis-Lauzon, environ 3 % des personnes utilisent le condom uniquement à des fins de prévention des MTS. Près d'une personne sur trois l'utilise à la fois comme moyen de prévention des MTS et à la fois comme moyen contraceptif. Et un peu moins de deux personnes sur trois l'utilisent principalement pour éviter une grossesse. Les résultats du sondage effectué au cégep de Shawinigan indiquent des proportions similaires.[114] Les sondages mettent également en évidence des lacunes importantes quant aux connaissances relatives à l'utilisation du condom ou aux activités à risque.[115] En outre, ces sondages font ressortir, notamment le sondage de Shawinigan, que les croyances ou les valeurs associées par exemple à l'utilisation du condom conduisent les femmes et les hommes à sous-évaluer les risques liés à leurs comportements et les amènent à adopter des comportements à risque. En ce qui a trait à la perception des risques, M. C. Bernard conclut :

> «On a maintenant la certitude que les étudiants sous-estiment leurs risques de contracter une MTS. Même les répondants qui ont des comportements à risque, perçoivent leurs risques comme faibles ou nuls neuf fois sur dix (89 %)! Cette estimation inadéquate des risques réels a des conséquences importantes sur l'adoption des comportements préventifs. Il est essentiel de faire prendre conscience aux étudiants de leurs risques réels de contracter une MTS. Sans cette prise de conscience, il est illusoire de croire qu'ils vont adopter des comportements préventifs.»[116]

Le sondage effectué à Lévis-Lauzon arrive à des résultats similaires :

> «De tout ceci, nous nous inquiétons de la tendance du jeune à ne pas se sentir très préoccupé par les MTS. Nous voyons que même si le jeune est actif et ne se protège (que) peu ou pas, il n'a pas tendance à se sentir à risque.»[117]

Nous terminons cette partie en rappelant quelques résultats de l'enquête réalisée dans les cégeps en 1983. Les personnes sont généralement intéressées à recevoir plus d'information sur les questions relatives à la sexualité et souhaitent que le cégep s'engage davantage dans les activités d'information (proportion d'une personne ou plus sur deux). De même, elles se disent, dans des proportions aussi élevées, préoccupées par l'hygiène sexuelle et le dépistage des MTS. De plus, près d'une personne sur quatre déclare se sentir isolée face à des questions ou à des difficultés reliées à sa sexualité. De manière générale, les femmes sont davantage préoccupées que les hommes par ces questions et souhaitent, dans des proportions plus élevées que ces derniers, une intervention plus systématique du cégep en matière d'information.[118]

Enfin, voyons la question de la santé mentale des jeunes. L'enquête Santé Québec fournit des données intéressantes sur l'état de la santé mentale de la population non institutionnalisée.[119] Ces données révèlent entre autres choses que certaines catégories de jeunes notamment les adolescentes ont un niveau de détresse psychologique élevé'. Elles mettent également en relation certaines habitudes de vie telles que la consommation d'alcool et de drogue et le niveau de détresse psychologique.

L'analyse du tableau ci-dessous fait apparaître deux phénomènes. Tout d'abord, il y a pour tous les groupes d'âge une différence marquée entre les hommes et les femmes (se reporter au Tableau XXV), ces dernières ayant un niveau de détresse psychologique toujours plus élevé. Ensuite, ce niveau de détresse est particulièrement élevé, chez les femmes, pour deux groupes d'âge; celles du groupe 15-19 ans et celles de 30 ans et plus. Chez les jeunes femmes (15-19 ans) on observe un niveau de détresse psychologique élevé chez plus d'une personne sur trois, ce niveau étant de deux fois plus élevé que celui observé chez les hommes du même groupe d'âge. L'indice de détresse psychologique chez les jeunes femmes semble étroitement relié au niveau de revenu, ce qui ne semble pas le cas pour les hommes du même groupe d'âge.[120]

TABLEAU XXV : Niveau de détresse psychologique élevé selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987

SEXE \ ÂGE	15-19 ANS %	20-24 ANS %	25-29 ANS %	30 ANS ET PLUS %
HOMMES	16,0	18,5	15,3	16,1
FEMMES	35,6	23,0	22,8	25,9

Source : AYOTTE, Violaine et Marc FERLAND, Et la santé, ça va ? Les jeunes adultes, Québec, Les Publications du Québec, 1989, graghique 6 p. 16.Note : Toutes les proportions ont un coefficient de variation égal ou inférieur à 25 %.

De même, 37 % des jeunes femmes (15-19 ans) dont l'activité première est la poursuite des études ont un indice de détresse psychologique élevé. Cette proportion est comparativement beaucoup plus élevée que celle observée chez les femmes et les hommes des autres groupes d'âge (se reporter au Tableau XXVI). Le second groupe en importance est celui des hommes âgés de 20 à 24 ans où on observe que 25,9 % d'entre eux ont un niveau de détresse psychologique élevé. De façon générale, «...la détresse psychologique des garçons de 15-19 ans semble très peu influencée par leur activité principale, alors que celle des filles du même âge varie énormément selon le type d'activité.»[121]

TABLEAU XXVI : Indice de détresse psychologique pour les personnes aux études, selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987

SEXE \ ÂGE	15-19 ANS %	20-24 ANS %	25-29 ANS %	30 ANS ET PLUS %
HOMMES	(16,1)	25,9	(24,8)	(18,7)
FEMMES	37,7	23,0	(18,2)	(20,9)

Source : AYOTTE, Violaine et Marc FERLAND, Et la santé, ça va ? Les jeunes adultes, Québec, Les Publications du Québec, 1989, Tableau 10 p. 49.

Note : Les proportions entre parenthèses ont un coefficient de variation plus grand ou égal à 25 %.

TABLEAU XXVII : Indice de détresse psychologique élevé parmi les individus à haut risque de consommation d'alcool selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987

SEXE \ ÂGE	15-19 ANS %	20-24 ANS %	25-29 ANS %	30 ANS ET PLUS %
HOMMES	(35,2)	(24,3)	(29,5)	(26,2)
FEMMES	70,5	(50,3)	(50,3)	(41,0)

Source : AYOTTE, Violaine et Marc FERLAND, Et la santé, ça va ? Les jeunes adultes, Québec, Les Publications du Québec, 1989, graghique 7 p. 18.

Note : Les proportions entre parenthèses ont un coefficient de variation plus grand ou égal à 25 %.

D'une manière générale l'adoption de saines habitudes de vie influence de façon positive l'indice de détresse psychologique chez les personnes de plus de 30 ans. Par contre, «on note des écarts dans le cas des jeunes de 15-19 ans : du côté des adolescents et adolescentes, une très faible relation est observée entre les deux variables.»[122] Chez tous les groupes d'âge il existe une relation entre un risque élevé d'alcoolisme et un niveau de détresse psychologique élevé. Chez les jeunes femmes (15-19 ans) cette relation est particulièrement forte puisque 70,5 % de celles considérées comme buveuses à risque ont un niveau de détresse psychologique élevé (se reporter au Tableau XXVII). Cette proportion est de un sur trois chez les jeunes hommes du même groupe d'âge.

La consommation de la drogue entraîne généralement un indice de détresse psychologique élevé et cela chez tous les groupes d'âge. Et, plus la date de la dernière consommation de drogue est éloignée et «meilleure est la santé mentale des individus».[123]

Les femmes ayant consommé de la drogue dans les six mois précédant l'entrevue ont un indice de détresse psychologique élevé. Ici encore, c'est particulièrement vrai pour les jeunes femmes (se reporter au Tableau XXVIII). Parmi celles ayant consommé de la drogue au cours des six mois précédant l'entrevue, 51,8 % des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans présentaient un niveau de détresse psychologique élevé.[124]

TABLEAU XXVIII : Indice de détresse psychologique élevé parmi les personnes ayant consommé de la drogue au cours des six mois précédant l'entrevue selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987

SEXE \ ÂGE	15-19 ANS %	20-24 ANS %	25-29 ANS %	30 ANS ET PLUS %
HOMMES	(24,0)	(19,6)	24,1	24,2
FEMMES	51,8	44,7	35,0	42,1

Source : AYOTTE, Violaine et Marc FERLAND, Et la santé, ça va ? Les jeunes adultes, Québec, Les Publications du Québec, 1989, tableau 13 p. 52.

Note : Les proportions entre parenthèses ont un coefficient de variation plus grand ou égal à 25 %.

Selon les données de l'enquête Santé Québec, une personne sur trois de 30 ans et plus au Québec se déclare très satisfaite de sa vie sociale alors que 11 % des personnes la perçoivent comme étant insatisfaisante. Le niveau de satisfaction décroît avec l'âge et le sexe ne semble pas avoir une influence sur son niveau tout au moins pour les personnes âgées de 15 à 29 ans. Les adolescentes et les adolescents ont généralement un niveau élevé de satisfaction quant à leur vie sociale.[125]

De plus, généralement une vie sociale très satisfaisante coïncide avec un faible niveau de détresse psychologique. À l'inverse, une forte proportion des personnes insatisfaites de leur vie sociale ont un niveau élevé de détresse psychologique (se reporter au Tableau XXIX). Pour tous les groupes d'âge les femmes insatisfaites de leur vie sociale se retrouvent en plus grande proportion que les hommes avec un indice de détresse psychologique élevé. Les jeunes femmes présentent ici des écarts peu élevés comparativement aux femmes des autres groupes d'âge. Notons que, tant chez les hommes que chez les femmes, les proportions des personnes présentant un indice élevé de détresse psychologique sont environ de quatre hommes sur dix et de près de

six femmes sur dix, sauf chez le groupe des femmes âgées de 20 à 24 ans où cette proportion est près d'une personne sur deux.

TABLEAU XXIX : Indice de détresse psychologique élevé parmi les individus n'étant pas satisfaits de leur vie sociale selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987

SEXE \ ÂGE	15-19 ANS %	20-24 ANS %	25-29 ANS %	30 ANS ET PLUS %
HOMMES	(53,9)	39,8	42,8	38,5
FEMMES	61,0	46,1	57,6	58,4

Source : AYOTTE, Violaine et Marc FERLAND, Et la santé, ça va ? Les jeunes adultes, Québec, Les Publications du Québec, 1989, tableau 14 p. 53.

Note : Les proportions entre parenthèses ont un coefficient de variation plus grand ou égal à 25 %.

Le suicide constitue un phénomène social complexe dans notre société. Le comportement suicidaire se manifeste sous les formes suivantes : les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les décès par suicide.[126] Ces trois formes sont, selon la perspective analytique adoptée, trois phénomènes distincts ou trois moments dans un continuum allant de l'idée suicidaire au décès par suicide.[127] Le comportement suicidaire semble associé à un certain nombre de facteurs ou variables dont la santé physique, la santé mentale, les toxicomanies, l'isolement social et les conflits familiaux. Certaines recherches montrent l'incidence des facteurs suivants sur le développement de comportements suicidaires : la présence de psychopathologie et l'alcoolisme chez l'un des parents, l'inceste, l'abus sexuel et des comportements suicidaires dans la famille.[128] Par ailleurs, le groupe de recherche sur le suicide au Canada pose le problème en termes de «facteurs prédisposants» et de «facteurs précipitants».

> «Les facteurs prédisposants comprennent les conditions qui se développent avec le temps et préparent le terrain ou encore prédisposent à une certaine fragilité de l'individu dans le futur. Les facteurs précipitants sont plus reliés à la situation actuelle, aux états de crise, pertes et deuil.»[129]

Rappelons ici que le suicide constitue avec les accidents routiers la principale cause de décès chez les 15-29 ans. En outre, soulignons que les décès par suicide ne constituent que la pointe visible d'un phénomène important dans notre société. Ainsi, certaines sources dénombrent de 20 à 200 tentatives de suicide pour chacun des décès par suicide enregistré.[130]

L'enquête Santé Québec révèle que dans la population québécoise une personne sur dix a pensé à se suicider au cours de sa vie (se reporter au Tableau XXX).[131] Parmi ces personnes, 37 %

y ont pensé au cours des 12 mois précédant l'enquête. En ce qui a trait au suicide les jeunes se démarquent à plus d'un titre :

> «Les jeunes se distinguent à nouveau tant par le pourcentage plus élevé d'idées suicidaires que par le caractère récent de ces pensées. Quelque 253 000 jeunes de 15-29 ans auraient déjà songé sérieusement à se suicider, ce qui représente 16 % de l'ensemble de ce groupe d'âge. Dans deux cas sur cinq, ces idées suicidaires se seraient manifestées durant l'année précédant l'enquête. Par ailleurs, quelque 75 000 jeunes de 15-29 ans auraient déjà tenté de se suicider. Ainsi, environ trois jeunes sur dix passent de la pensée à l'acte suicidaire (30 %).[132]

Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'incidence élevée des idées suicidaires. L'isolement social en est un et les résultats de l'enquête Santé Québec démontrent cette relation pour tous les groupes d'âge.[133] Chez les 30 ans et plus, les personnes ayant une intégration sociale nulle ou faible sont trois fois plus nombreuses à avoir des pensées suicidaires (13 %) que celles dont l'intégration sociale est élevée (5 %).[134] Chez le groupe des 25-29 ans, cette relation est encore plus forte. Ainsi, chez ce groupe, les proportions sont respectivement de 22 % et 13 %.

TABLEAU XXX : Pensées suicidaires selon la période et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987

SEXE \ ÂGE	15-24 ANS %	25-29 ANS %	30 ANS ET PLUS %	15 ANS ET PLUS %
12 DERNIERS MOIS	7,2	4,8	2,8	3,9
AU COURS DE LA VIE	15,9	16,3	8,6	11,0

Source : AYOTTE, Violaine et Marc FERLAND, Et la santé, ça va ? Les jeunes adultes, Québec, Les Publications du Québec, 1989, graphique 10, p. 21.
Note : Toutes les proportions ont un coefficient de variation égal ou inférieur à 25 %.

Une autre variable est susceptible d'exercer une influence sur le comportement suicidaire. Il s'agit des événements familiaux importants survenus avant l'âge de 12 ans (décès de l'un ou des deux parents, séparation des parents, placement en famille d'accueil). Tant chez les plus de 30 ans que chez les 15 à 29 ans, la proportion d'individus ayant eu des idées suicidaires progresse à mesure que le nombre d'événements vécus augmente.[135]

> «Ce qui différencie les jeunes de 15-29 ans du reste de la population tient surtout au fait que l'on trouve chez les plus jeunes qui ont vécu plusieurs événements stressants une tendance plus marquée à avoir des idées suicidaires.

> En effet, 43 % des jeunes de 15-24 ans qui ont vécu au moins deux de ces événements auraient eu des pensées suicidaires comparativement à 29 % chez les 25-29 ans et à 17 % seulement dans la population adulte.»[136]

Les jeunes sont donc particulièrement affectés par les comportements suicidaires. Qu'en est-il des jeunes, femmes et hommes, qui fréquentent les cégeps ?. Nous disposons de peu de données quantitatives, mais celles disponibles révèlent un tableau guère plus rassurant que celui brossé pour l'ensemble de la population jeune du Québec. Quant aux données qualitatives, elles soulignent l'importance du phénomène suicide, mais elles décrivent également des situations qui sont étroitement reliées à la santé mentale comme le stress, la fatigue, l'isolement, etc.

Nous résumons ici sommairement les résultats d'une recherche effectuée dans un cégep, dont l'objectif visait l'évaluation d'un programme de prévention du suicide mis en place dans ce milieu.[137] Les résultats de cette recherche sont troublants. Le suicide est présent dans la vie des jeunes.

> «...Plus d'un jeune sur quatre a vécu le suicide d'une personne de son entourage et (...) deux jeunes sur cinq déclarent qu'une personne de leur entourge leur a confié son intention de se suicider ou qu'une personne de leur réseau a fait une tentative de suicide.»[138]

En outre, un jeune sur quatre déclare avoir eu besoin d'aide, besoin qui fut comblé dans plus de la moitié des cas, mais au moment de l'enquête un jeune sur sept (14,3 %) éprouvait encore le besoin d'être aidé.[139]

Non seulement le quart des élèves ont vécu le suicide d'un proche, mais un sur deux à déjà pensé à se suicider et un sur seize (6,3 %) déclare avoir fait une tentative de suicide.[140] Les idées suicidaires semblent aussi fréquentes chez les hommes que chez les femmes, ces dernières auraient par ailleurs effectué deux fois plus de tentatives de suicide.[141] Les jeunes manifestant des idées suicidaires en parlent (53,2 %) de même que celles et ceux ayant effectué une tentative de suicide (96,1 %).[142] Le corollaire de ces résultats est que près d'une personne sur deux ne parle pas de ses idées suicidaires et que près d'une sur vingt-cinq ne parle pas de sa tentative de suicide. Par ailleurs, lorsque la personne en parle, à qui se confie-t-elle ? Dans l'ordre d'importance elle se confie à ses pairs, à son «chum» ou à sa «blonde», à sa «fratrie», à ses parents, à un autre membre de sa famille, à une autre personne et en dernier lieu aux professeurs.[143]

L'élève du cégep vit, nous l'avons vu précédemment, de multiples apprentissages socio-affectifs en un laps de temps relativement court.[144] Ces apprentissages sont parfois, sinon souvent, ressentis comme des difficultés à résoudre. Certains facteurs environnementaux viennent accentuer l'intensité de certaines difficultés vécues par les élèves. Ainsi, lors d'un «mini-colloque» ayant pour thème «la santé mentale dans les cégeps du Québec», les intervenantes et les intervenants en santé dans les cégeps ont décrit certains de ces facteurs non facilitants pour les élèves :

> «... les faibles perspectives d'emploi, la situation financière inquiétante, l'avenir sombre en général, l'instabilité des familles, la violence... Des facteurs plus spécifiques aux cégeps viennent s'ajouter : entre autres la surpopulation des collèges fait diminuer la disponibilité des lieux réservés à la détente et au loisir. L'organisation scolaire porte également une lourde responsabilité : la difficulté (liée à la) transition entre le secondaire et le collégial, les calendriers et les horaires peu préoccupés de la qualité de vie des étudiants, le cloisonnement entre la pédagogie et les autres services, les exigences parfois excessives d'enseignants, la compétition entre étudiants, s'ajoutent à la liste des éléments perturbateurs de la santé mentale.»[145]

L'enquête réalisée dans les cégeps en 1983 montre que plus d'un élève sur deux se décrit comme étant souvent tendu, nerveux et fatigué.[146] Plus des trois quarts des élèves aimeraient connaître des moyens pour mieux relaxer et les deux tiers souhaitent l'assistance du cégep pour trouver les moyens de relaxer. Un élève sur cinq souffre d'insomnie alors qu'environ un sur cinq dort moins de cinq heures par nuit. Une très large majorité se déclare préoccupée par son avenir notamment par la situation de l'emploi (se rappeler qu'en 1983 l'une des pires récessions depuis 1929 vient à peine de se terminer). Les résultats du sondage relatifs au cégep milieu de vie sont révélateurs des difficultés vécues par certains groupes de jeunes. Un élève sur sept déclare que les moments passés au cégep sont «pénibles» et un sur quatre considère qu'il est «difficile de vivre au cégep». Certes, les résultats de ce sondage datent quelque peu, mais seraient-ils très différents aujourd'hui ?

À ce sujet, les résultats d'une étude réalisée dans le réseau des cégeps en 1988 et ayant pour thème «sexisme et éducation» confirment l'existence de situations qui sont sources de stress pour les élèves.[147] Ainsi, le cégep milieu de compétition est une réalité avec laquelle doivent vivre les élèves, notamment les femmes. En effet, ces dernières vivent plus que leurs homologues masculins le «stress de faire ses preuves» dans leurs études.[148] La compétition pour les notes est aussi vécue fréquemment par un élève sur cinq et près de un sur trois la vit «parfois», homme ou femme.[149]

La perception de soi est aussi analysée dans cette enquête. Ainsi, «Plus de 75,5 % des étudiants et étudiantes aimeraient avoir plus confiance en soi.» Pris sous l'angle opposé, c'est 49,8 % des élèves (femmes 54,7 % Hommes 45,6 %) qui considèrent manquer de confiance en soi.[150]

Un autre aspect des difficultés interpersonnelles vécues par les élèves des deux sexes est lié, d'une part, au manque d'amies et d'amis et, d'autre part, à la difficulté d'établir des relations avec les personnes de l'autre sexe. Ainsi, 49,4 % des hommes affirment manquer «souvent» ou «parfois» d'amies alors que les femmes éprouvent la même difficulté (manquer d' mies) dans 26,4 % des cas.[151] Quant à la difficulté d'établir des relations avec les personnes de l'autre sexe, elle concerne au moins un élève sur quatre :

> «Près du quart des étudiants et étudiantes (24,6 %) sont d'accord pour affirmer qu'ils ont des difficultés de relation avec les personnes de l'autre sexe. Ces

types de difficultés se retrouvent surtout chez les hommes avec un taux de 31,3 % d'accord, alors que 18,4 % des femmes sont en accord.»[152]

En outre, les hommes (49,5 %) manifestent plus de difficulté dans l'expression de leurs sentiments que les femmes (37,9 %).[153]

Cette synthèse des données sur la santé des jeunes nous permet de conclure à l'existence de besoins particuliers de services de santé de tout ordre chez la jeunesse québécoise et notamment chez la jeunesse inscrite à des études collégiales. Que ces besoins de services concernent leur santé physique, psychologique ou sociale, il y a lieu de voir ici le besoin des jeunes relativement à leur santé globale particulièrement fragile à cette période de leur vie dont nous avons largement illustré la spécificité dans la partie traitant du concept de jeunesse.

L'ensemble de ces constatations nous amène à présenter les services de santé actuellement offerts à cette jeunesse dans les établissements d'enseignement général et professionnel au Québec.

NOTES

1. Les données relatives à l'effectif des établissements d'enseignement collégial proviennent du Système d'information et de gestion des données sur l'effectif collégial (SIGDEC) et elles nous ont été fournies par le Service des données et de l'informatique de la Direction générale de l'enseignement collégial. La présentation complète des divers tableaux sur l'effectif collégial selon le type d'établissement est donnée à l'annexe 1.

2. La proportion est juste même si les données sur l'effectif scolaire et la population sont respectivement pour les années 1990 et 1988.

3. Comprend l'effectif des cégeps (134 415; 86,7 %), des centres d'enseignement (1512; 1 %) et des établissements privés d'enseignement collégial (19 024; 12,3 %).

4. QUÉBEC, Les nouveaux phénomènes sociaux : la catégorie sociale «jeunesse», synthèse dirigée des connaissances soumise à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux et rédigée par Monique Provost sous la direction de Frédéric Lesemann, Québec, Les Publications du Québec, janvier 1987, p. 6. Rappelons que «Sociologiquement, la diversification des âges est un phénomène récent. Philippe Ariès (1973) a montré, par exemple, que l'enfance, comme âge reconnu et distinct, n'apparaît en Europe qu'à partir du 18e siècle.» Ibid. p. 5.
Il nous apparaît important de rappeler ici que le «coup d'oeil» que nous jetons sur l'adolescence en est un d'adulte : «(...) l'adolescence est d'abord un problème d'adultes dans le sens que ce sont ces derniers qui la définissent. Et selon la perspective choisie, les attitudes et les comportements des adultes à l'égard de ce groupe d'âge seront différents.» DOUCET, Hubert, «Adolescence et société» dans WILKINS, Jean et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 64. Dans une étude publiée en 1982 et intitulée «Une génération silencieusement lucide ?», les auteurs posent en rapport avec la jeunesse la question suivante : «En savons-nous plus aujourd'hui (relativement au début des années soixante-dix) ? Non, sinon que les jeunes ont changé. Mais à quelle jauge les mesurer ? Pour l'instant, presque encore à nos seules impressions.» Et c'est également à beaucoup de prudence qu'ils nous invitent dans leur conclusion : «Chacun connaît plusieurs jeunes. Chacun est enclin à projeter, à partir d'eux, une image globale de la jeunesse d'aujourd'hui et, partant, de penser connaître les jeunes. Les quelques données que nous avons rassemblées et présentées de façon aussi cohérente que possible suffisent pourtant à montrer la distance qui nous sépare d'un portrait précis et nuancé des jeunes Québécois de 15 à 20 ans.» DUMAS, Suzanne, Gérard, ROCHAIS, et Henri TREMBLAY, Une génération silencieusement lucide ? (vers un profil socio-culturel des jeunes de 15 à 20 ans), Québec, ministère de l'Éducation, 1982, p. 77.

5. Texte de Pierre Paquin dans QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Les drogues on s'en parle (recueil de textes sur les jeunes), Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988.

6. PERFORMA, Les étudiants de cégep, s.l., Performa, 1990, p. 28. Signalons ici que le langage critique envers la jeunesse n'est pas nouveau : au 8e siècle avant Jésus-Christ «Hésiode écrit : «je n'entrevois aucun avenir pour notre peuple s'il doit dépendre de la folle jeunesse d'aujourd'hui, insouciante à souhait... Quand j'étais enfant, la discrétion et le respect des aînés s'imposaient, mais les jeunes d'aujourd'hui, d'une hardiesse excessive, ne supportent pas la contrainte». Dans Conte d'hiver on retrouve cette phrase de Shakespeare : «Je voudrais qu'il n'y eut point d'âge entre dix et vingt-trois ou que la jeunesse dorme tout ce temps, car il n'y a rien dans l'entre-deux que filles engrossées, que mauvais tours joués aux anciens, que larcins et bataille». cité dans DOUCET, Hubert, «Adolescence et société» dans WILKINS, Jean et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 64.

7. PERFORMA, Les étudiants de cégep, s.l., Performa, 1990, p. 28.

8. WILKINS, Jean, «La santé de nos adolescents : problématiques des années 1990», dans QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les services aux étudiants vers l'an 2000: santé des jeunes (recueil des communications sur la santé des jeunes présentées à l'occasion du colloque "Les services aux étudiants vers l'an 2000", Université de Montréal, le 25 mai 1989), Québec, Direction générale de l'enseignement collégial, octobre 1989, p. 2.

9. PAVILANIS, Alain, «Les psychotropes», dans Les services aux étudiants vers l'an 2000: santé des jeunes, p. 3.
Les définitions de l'adolescence présentent le début de l'adolescence comme étant habituellement biologique (puberté) et sa fin comme étant plutôt sociale (intégration au monde adulte). Voir à ce sujet : PERFORMA, Les étudiants de cégep, s.l., Performa, 1990, p. 29.

10. PERFORMA, Les étudiants de cégep, s.l., Performa, 1990, p. 30. «Tout adolescent, quelle que soit son origine, doit accomplir une série de tâches qu'on appelle les tâches psychosociales de l'adolescence.
- Il doit se séparer de sa famille;
- Il doit établir une identité sexuelle;
- Il doit formuler ses buts dans la vie et dans la carrière;
- Il doit développer son propre code moral.» PAVILANIS, Alain, «Les psychotropes», dans Les services aux étudiants vers l'an 2000: santé des jeunes, p. 3.

11. Texte de Pierre Paquin dans QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Les drogues on s'en parle (recueil de textes sur les jeunes), Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988, p. 43.
Rappelons ici que sept élèves sur dix au collégial ont 18 ans ou moins.

12. DOUCET, Hubert, «Adolescence et société» dans WILKINS, Jean, et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 64-65. Souligné par nous.

13. Loc. cit. C'est également ce qui ressort de la citation suivante : «Entre 17 et 22 ans, toute personne, étudiante ou non, est entre deux étapes de la vie : l'adolescence et l'âge adulte. Et selon le point de vue qu'on adopte, on peut identifier cet état de façon «positive» ou «négative» :
- de façon positive, elle est **encore adolescente et déjà adulte**;
- de façon négative (qui correspond peut-être mieux à la vision habituelle), elle **n'est plus adolescente et pas encore adulte**.
Ces deux façons de voir la réalité sont plus que deux jeux de mots. La première fait ressortir la richesse de cette étape de vie. La seconde en souligne plutôt la difficulté ou tout au moins l'ambiguïté. Mais ce qui est certes commun aux deux formulations, c'est la **notion de transition ou de passage**.» PERFORMA, Les étudiants de cégep, s.l., Performa, 1990, p. 21.

14. Ibid., p. 66.

15. PLANTE, Marie-Carmen, et Jean-François SAUCIER, «Complexité de l'adolescence» dans WILKINS, Jean, et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 6-7.

16. PERFORMA, Les étudiants de cégep, s.l., Performa, 1990, p. 27-28. Voir également à ce sujet : PLANTE, Marie-Carmen, et Jean-François SAUCIER, «Complexité de l'adolescence» dans WILKINS, Jean, et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 6-7.

17. DOUCET, Hubert, «Adolescence et société» dans WILKINS, Jean, et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 66.
«Voici, la présentation de quelques mentalités qui peuvent décrire des modèles variés de jeunes contemporains. Certains sont «raisonnables». Le travail scolaire est important; ils sont des étudiants sérieux et responsables. Préparer l'avenir est ici important, de même que la vie familiale. D'autres veulent d'abord être bien dans leur peau et goûter aux choses intéressantes qui se présentent. Le travail, celui d'aujourd'hui comme celui de demain, n'est pas un but. L'important est d'être en accord avec ce que l'on fait et d'être heureux en menant une vie qui plaise. Une autre catégorie met l'accent sur l'autonomie et l'originalité : ne pas subir de contraintes et sortir de la banalité. La salle de cours et l'environnement familial ne sont pas adaptés à ces sensibilités. Mentionnons aussi le groupe des sans-espoir; ici, les personnes n'ont de goût pour rien parce qu'entre autres, l'avenir leur est fermé : quoi qu'elles fassent elles seront «sur le bien-être». Dans cette catégorie, on trouvera des cyniques, des délinquants, etc. La situation particulière des jeunes immigrés pourrait être enfin touchée. Les contradictions peuvent être ici nombreuses et douloureuses pour ces personnes «à la fois au carrefour de deux âges et de deux cultures». Loc.cit.

18. DOUCET, Hubert, «Adolescence et société» dans WILKINS, Jean, et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 67.
«Le rapport de l'O.M.S. sur les Besoins sanitaires des adolescents (...) parle de l'adolescence comme l'une des périodes les plus éprouvantes de la vie alors que nous, nous aurions parfois le goût de dire :«C'est rien qu'un problème d'adolescent». Loc. cit. Les résultats d'une enquête réalisée en 1977 auprès de 4500 jeunes de la région de Montréal confirment que les adolescents

et les adolescentes trouvent cette période un peu plus difficile que les autres. PLANTE, Marie-Carmen, et Jean-François SAUCIER, «Complexité de l'adolescence» dans WILKINS, Jean, et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 8.
Signalons également que «Les affects les plus fréquents durant la période de l'adolescence sont l'anxiété et la dépression : anxiété devant le défi de la vie adulte et dépression devant l'impossibilité d'atteindre l'idéal, souvent non réaliste, qu'on s'est imposé. Pour répondre à cette réalité affective relativement simple, l'adolescent utilise des mécanismes contre-phobiques et contre-dépressifs d'une variété étonnante, ce qui contribue à convaincre l'observateur adulte que vraiment il n'y a rien à comprendre, tellement c'est compliqué.» PLANTE, Marie-Carmen, et Jean-François SAUCIER, «Complexité de l'adolescence» dans WILKINS, Jean, et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 7.

19. Texte de Pierre Paquin dans QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Les drogues on s'en parle (recueil de textes sur les jeunes), Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988, p. 43-44.

20. Les préoccupations relatives aux perspectives professionnelles commencent aussi tôt qu'en secondaire I selon les résultats de l'enquête citée précédemment. «Complexité de l'adolescence», op. cit., p. 8.
Le contexte économique prend d'autant plus d'importance que : «Dans les sociétés libérales industrialisées, les mécanismes d'intégration sociale relèvent ultimement de la participation active au travail salarié. Celui-ci sanctionne la contribution productive de l'individu et autorise l'accès à la consommation des biens et des services qui sont les symboles mêmes de l'intégration à la société d'individus désormais adultes parce qu'ils bénéficient d'une autonomie de revenu. Or aujourd'hui, pour certaines catégories de jeunes, cet accès au travail salarié est soit retardé, soit carrément bloqué. Il en découle ce que les institutions vont appeler le «phénomène social» de la jeunesse. À nos yeux, ce «problème» est indissociable du blocage de l'accès au mécanisme d'intégration sociale le plus valorisé par les sociétés libérales industrialisées. On n'affirme rien d'autre lorsqu'on dénonce le fait que les jeunes sont les plus touchés par le chômage!» QUÉBEC, Les nouveaux phénomènes sociaux : la catégorie sociale «jeunesse», synthèse dirigée des connaissances soumise à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux et rédigée par Monique Provost sous la direction de Frédéric Lesemann, Québec, Les Publications du Québec, janvier 1987, p. 9.

21. Soulignons que le colloque tenu à la fin du mois d'avril 1991 par le Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse portait sur les jeunes et la pauvreté et avait pour titre «État d'urgence». CAUCHON, Paul, «L'endémique pauvreté des jeunes», dans Le Devoir, 1er mai, vol. LXXXII no 100, p. B-1 et B-2.

22. WILKINS, Jean, «La santé de nos adolescents : problématiques des années 1990», dans QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les services aux étudiants vers l'an 2000: santé des jeunes (recueil des communications sur la santé des jeunes présentées à

l'occasion du colloque "Les services aux étudiants vers l'an 2000", Université de Montréal, le 25 mai 1989), Québec, Direction générale de l'enseignement collégial, octobre 1989, p. 11. Les résultats d'un sondage effectué en 1989 par la société SORECOM pour le compte du Secrétariat à la jeunesse auprès d'un échantillon de jeunes âgés de 17 à 30 ans indiquent que 62 % des étudiantes et des étudiants habitaient chez les deux parents, 13 % avec leur conjointe ou conjoint, 14 % seules ou seuls, 6 % chez leur mère, 3 % chez leur père, 3 % avec un frère ou une soeur et 3 % chez un ou une amie. SORECOM, Synthèse des résultats suite à une étude menée par SORECOM auprès d'un échantillon de jeunes de 17 à 30 ans, s.l. avril 1989, p. 4. Un sondage effectué au cégep Lévis-Lauzon en 1989 donne une proportion (61,8 %) similaire d'élèves résidant chez leur parents VERMETTE, Gabrielle, Lucie, ROY, et Martine BILODEAU, Impact de l'implantation des distributrices à condoms au cégep Lévis-Lauzon, Lévis, D.S.C. Hôtel-Dieu de Lévis, janvier 1991, p. 8.
Les résultats d'une recherche réalisée par le B.S.Q. et publiée en 1986, indiquent que selon les critères du régime de prêts et bourses 91,9 % des élèves du collégial sont considérés comme dépendants à l'égard de leurs parents et près des deux tiers résident chez leur parents. Données reprises dans PERFORMA, Les étudiants de cégep, s.l., Performa, 1990, p. 164.

23. REGROUPEMENT DES INFIRMIÈRES DE CEGEP DU QUÉBEC, Problèmes de santé des cégépiens et actions, préoccupations des infirmières responsables des Services de santé, (mémoire présenté au Conseil permanent de la jeunesse), s.l., Regroupement des infirmières de CEGEP du Québec, juin 1989, p. 5.

24. WILKINS, Jean, «La santé de nos adolescents : problématiques des années 1990», dans QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les services aux étudiants vers l'an 2000; santé des jeunes (recueil des communications sur la santé des jeunes présentées à l'occasion du colloque "Les services aux étudiants vers l'an 2000", Université de Montréal, le 25 mai 1989), Québec, Direction générale de l'enseignement collégial, octobre 1989, p. 20.

25. Dans son rapport annuel de 1988-1989 le Conseil supérieur de l'éducation analyse le processus par lequel l'élève arrive à faire son choix de carrière. L'extrait présenté ici résume assez bien la diversité des cheminements : «On observe, évidemment, des **situation différentes à l'entrée** au cégep. Les études qu'ils entreprennent au cégep constituent, pour certains élèves, la dernière phase de réalisation de leur choix professionnel. Le programme qu'ils ont choisi, au cours de la 5e année du secondaire, s'inscrit en tous points dans le cheminement menant à la profession qu'ils souhaitent exercer. (...) Pour d'autres, cependant, c'est la démarche en entonnoir qui se poursuit. C'est avec bon espoir qu'ils espèrent parvenir à se former, à l'intérieur des possibiblités que leur offre le choix qu'ils ont fait, dans la profession qui les satisfera. Pour d'autres, aussi, c'est le «mariage à l'essai» avec un programme qu'ils n'ont pas véritablement choisi par goût.» QUÉBEC, Conseil supérieur de l'éducation, Rapport annuel 1988-1989 sur l'état et les besoins de l'éducation : l'orientation scolaire et professionnelle : par delà les influences un cheminement personnel, Québec, Les Publications du Québec, 1989, p. 22, voir notamment le premier chapitre.

26. WILKINS, Jean, «La santé de nos adolescents : problématiques des années 1990», dans QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les services aux étudiants vers l'an 2000: santé des jeunes (recueil des communications sur la santé des jeunes présentées à l'occasion du colloque "Les services aux étudiants vers l'an 2000", Université de Montréal, le 25 mai 1989), Québec, Direction générale de l'enseignement collégial, octobre 1989, p. 11.

27. DOUCET, Hubert, «Adolescence et société» dans WILKINS, Jean, et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 68.
«L'activité qui devrait être une des plus importantes apparaît comme l'une des moins intéressantes. Comment, dans tout ce contexte, être surpris que l'on parle d'une génération démobilisée et sur la défensive.» Loc. cit.
Signalons ici que les résultats d'un sondage effectué auprès d'un échantillon d'élèves de 1re année de cégep et quatrième et cinquième secondaire indiquent un niveau de satisfaction (assez ou très satisfait) à l'égard de «l'enseignement» de l'ordre de 86 % et de 14 % d'insatisfaction (peu ou pas satisfait). Évidemment la question portait sur l'enseignement et non l'école. SEGMA (86) INC., Sondage auprès des étudiants(tes) de CEGEP 1, secondaire 5 et secondaire 4 du Québec; rapport final présenté à : la revue Actualité et à la Direction des services aux étudiants de l'Université de Montréal, s.l., mai 1989, p. 65. Les résultats d'un autre sondage effectué en 1989 par la société SORECOM pour le compte du Secrétariat à la jeunesse auprès d'un échantillon de jeunes âgés de 17 à 30 ans présentent un portrait plus pessimiste quoique assez positif quant à la satisfaction (68 % des étudiantes et des étudiants se déclarent satisfaits) à l'égard de l'enseignement. Par ailleurs, le jugement des jeunes sur le système d'enseignement indique certainement l'existence d'un malaise. Ainsi, «Le jugement global porté sur le système d'enseignement est également positif pour une bonne majorité (65 % des personnes ont indiqué qu'il répondait bien à leurs besoins) mais critique chez 30 % de l'ensemble des jeunes interrogés et 23 % des étudiants (pour lesquels le système d'enseignement répondait mal à leurs besoins). SORECOM, Synthèse des résultats suite à une étude menée par SORECOM auprès d'un échantillon de jeunes de 17 à 30 ans, s.l. avril 1989, p. 7.
Les résultats d'une étude sur les besoins de santé auprès d'élèves du primaire, du secondaire et du collégial confirment qu'une certaine proportion d'élèves de tous les âges n'aiment pas l'école. Ainsi, «Aux niveaux secondaire et collégial, ce sont près du quart soit 23,5 % des jeunes qui disent aimer peu ou pas du tout l'école. Ce pourcentage est plus élevé chez les garçons, particulièrement en secondaire I et III. Ce sont les filles du Cégep qui apprécient le plus l'école (7 % seulement l'aiment peu ou pas).» SAUVAGEAU, Yves, et Lise BERGERON, Profil des besoins de santé des jeunes en milieu scolaire du territoire du CLSC Samuel de Champlain (sommaire), Longueuil, en collaboration DSC Charles Lemoyne, CLSC Samuel de Champlain et le milieu scolaire dont le cégep Champlain, décembre 1986, p. 26.

28. DOUCET, Hubert, «Adolescence et société» dans WILKINS, Jean, et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 68.
«Dans le monde occidental, nous avons assisté à un changement marqué du début de la puberté. Par un concours fortuit de circonstances, l'âge de l'apparition de la puberté a peu à peu diminué, passant de 15-16 ans au début du siècle dernier, à 12-13 ans aujourd'hui : une différence

étonnante de trois ans accomplie en seulement un siècle et demi; comme quoi on peut voir que le biologique peut être influencé de façon très significative par les facteurs sociaux.» PLANTE, Marie-Carmen, et Jean-François SAUCIER, «Complexité de l'adolescence» dans WILKINS, Jean, et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 10-11.

29. PLANTE, Marie-Carmen, et Jean-François SAUCIER, «Complexité de l'adolescence» dans WILKINS, Jean, et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 11.

30. PERFORMA, Les étudiants de cégep, s.l., Performa, 1990, p. 21. Dans ce texte la notion de passage est appliquée à l'institution même de l'ordre d'enseignement collégial et à la société québécoise : «(...) Puis dans les cégeps mêmes, eux qui ont eu vingt ans en 1987 et qui sont en transition (pour ne pas dire en crise) entre leur adolescence et un début de maturité. Passage, finalement, de la société québécoise, qui est en transit entre une époque d'enfermement politico-religieux et une autre dite d'ouverture sur le monde.» Loc. cit.

31. Ibid., p. 30.

32. CLSC RIVIÈRES ET MARÉES, Programme santé scolaire, milieu collégial, Rivière-du-Loup, CLSC Rivières et Marées et Collège de Rivière-du-Loup, s.d., p. 1.

33. CLSC SAINTE-FOY-SILLERY, Cadre de référence : la santé des jeunes au collégial, Sainte-Foy-Sillery, CLSC Le Phare, novembre 1989, p. 1-2.

34. PERFORMA, Les étudiants de cégep, s.l., Performa, 1990, p. 31.

35. QUÉBEC, Conseil supérieur de l'éducation, Rapport annuel 1988-1989 sur l'état et les besoins de l'éducation : l'orientation scolaire et professionnelle : par delà les influences un cheminement personnel, Québec, Les Publications du Québec, 1989, p. 22.

36. QUÉBEC, Conseil des collèges, La réussite, les échecs et les abandons au collégial : l'état et les besoins de l'enseignement collégial; rapport 1987-1988, Québec, Gouvernement du Québec, juin 1988, p. 39.

37. Se reporter à l'annexe 2 pour une description des sources de données.

38. LEVASSEUR, Madeleine, Des problèmes prioritaires : la maladie selon les âges de la vie, Québec, Direction générale des publications gouvernementales du ministère des Communications, 1983, p. 35.
Les données suivantes illustrent bien cette situation pour la région du centre du Québec. Les données concernent le territoire du Département de santé communautaire (DSC) de l'Hôpital Sainte-Croix à Drummondville.
- Taux de mortalité moyen chez les hommes (pour 1000) au cours des années 1981-1985 : 15-24 ans = 4,6; tous les groupes d'âge = 2,3.

■ Taux de mortalité moyen chez les femmes (pour 1000) au cours des années 1981-1985 : 15-24 ans = 1,2; tous les groupes d'âge = 0,8.
La répartition procentuelle des conductrices et des conducteurs impliqués dans un accident routier ayant causé des traumatismes de 1981 à 1985 sur le territoire du même DSC montre que :
34,8 % des conductrices et des conducteurs étaient âgés de 16 à 24 ans, 26,9 % de 25 à 34 ans, 17,3 % de 35 à 44 ans, 9,4 % de 45 à 54 et 11,6 % de 55 ans et plus. Données tirées de : NAULT, Gill, et François CANTIN, Prévention en sécurité routière en milieu scolaire suivi du projet «start» 15-24 ans, s.l.n.d., CLSC Suzor-Coté, annexe des tableaux statistiques.

39. Ibid., p. 37.

40. CLSC SAINTE-FOY-SILLERY, Cadre de référence : la santé des jeunes au collégial, Sainte-Foy-Sillery, CLSC Le Phare, novembre 1989, p. 14.
Selon certaines données publiées par Statistique Canada et citées par Jean Wilkins «Les deux causes principales de décès à cet âge-là sont les accidents de circulation et les suicides. En 1986, 22 % des décès chez les jeunes (au Canada) de 15 à 24 ans étaient des suicides, alors que pour les femmes du même groupe d'âge, 13 % des décès étaient attribuables au suicide. En 1986, près de 22 % des victimes d'homicide et 37 % des personnes soupçonnées d'homicide étaient des jeunes de 15 à 24 ans. À chaque année, au cours de la période de 1981 à 1986, des proportions beaucoup plus importantes d'hommes que de femmes de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans étaient soupçonnées d'homicide. Dans le cas des hommes de 15 à 24 ans, les proportions variaient de 31 % (à) 35 % de toutes les personnes soupçonnées d'homicide, alors que seulement 4 % à 7 % des femmes du même groupe l'étaient.» WILKINS, Jean, «La santé de nos adolescents : problématiques des années '90» dans QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les services aux étudiants vers l'an 2000; santé des jeunes (recueil des communications sur la santé des jeunes présentées à l'occasion du colloque "Les services aux étudiants vers l'an 2000", Université de Montréal, le 25 mai 1989), Québec, Direction générale de l'enseignement collégial, octobre 1989, p. 10.

41. La Fédération des CLSC dans ses commentaires soumis au Conseil permanent de la jeunesse formule le commentaire suivant : «Il est difficile d'apprécier l'importance réelle que représentent les différents services disponibles auprès des jeunes, au moins au niveau des services courants, qu'il s'agisse de services de santé ou de services sociaux. De façon générale, c'est là en effet une clientèle qui fréquente moins les services de santé ou les services sociaux et cela notamment parce qu'à cet âge on a tout simplement moins besoin de les fréquenter sur une base individuelle. Ce qui ne veut pas dire pour autant que les jeunes n'ont pas de besoins réels.» FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, Commentaires de la Fédération des CLSC du Québec sur le document de réflexion soumis par le Conseil permanent de la Jeunesse sur la situation des jeunes au Québec et les enjeux de l'avenir, s.l., mai 1989, p. 10.

42. LEVASSEUR, Madeleine, Des problèmes prioritaires : la maladie selon les âges de la vie, Québec, Direction générale des publications gouvernementales du ministère des Communications, 1983, p. 35.

43. REGROUPEMENT DES INFIRMIÈRES DE CEGEP DU QUÉBEC, Problèmes de santé des cégépiens et actions, préoccupations des infirmières responsables des Services de santé, (mémoire présenté au Conseil permanent de la jeunesse), s.l., Regroupement des infirmières de CEGEP du Québec, juin 1989, p. 8.

44. Loc.cit.

45. CLSC SAINTE-FOY-SILLERY, Cadre de référence : la santé des jeunes au collégial, Sainte-Foy-Sillery, CLSC Le Phare, novembre 1989, p. 13 à 47.

46. CLSC SAINTE-FOY-SILLERY, Cadre de référence : la santé des jeunes au collégial, Sainte-Foy-Sillery, CLSC Le Phare, novembre 1989, p. 41.

47. Ibid., p. 47.

48. Ibid., p. 57.

49. Pour chacune des catégories retenues certains thèmes ont fait l'objet d'un classement selon les critères énumérés précédemment. Ainsi, pour la sexualité trois thèmes sont retenus : les infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du sida; les maladies transmissibles sexuellement et enfin, les grossesses non désirées. En ce qui a trait à la santé mentale deux thèmes sont retenus : le stress et le suicide. Enfin, dans la catégorie des psychotropes, les thèmes de l'alcool, du tabagisme et des drogues illicites sont retenus. Ibid., p. 57 à 80.

50. Ibid., p. 80.

51. CLOUÂTRE, Ginette, et autres, Les besoins de santé bio-psycho-sociale des étudiants du cégep Saint-Jean-sur-Richelieu (projet santécégep), Saint-Jean-sur-Richelieu, Département de santé communautaire de l'hôpital du Haut-Richelieu, avril 1987, 48 p. annexes. La réalisation de cette recherche s'est échelonnée sur plus d'une année et a impliqué la collaboration du personnel du DSC et de celui du cégep.

52. Cette divergence entre les perceptions des adolescentes et des adolescents sur leurs besoins de santé et celles des intervenantes et intervenants en santé et même de leurs parents a été mise en évidence dans un certain nombre de recherches dont fait état deux chercheuses de l'École des infirmières de l'Université Laval : PELLETIER, Louise, et Lucie VÉZINA, La perspective des adolescents sur leur santé : rapport de recherche, Québec, École des sciences infirmières Université Laval, mars 1985, p. 6 à 10.

53. SEGMA (86) INC., Sondage auprès des étudiants(tes) de CEGEP 1, secondaire 5 et secondaire 4 du Québec; rapport final présenté à : la revue Actualité et à la Direction des services aux étudiants de l'Université de Montréal, s.l., mai 1989, 98 p.
SORECOM, Synthèse des résultats suite à une étude menée par SORECOM auprès d'un échantillon de jeunes de 17 à 30 ans, s.l. avril 1989, 30 p.

54. SEGMA (86) INC., Sondage auprès des étudiants(tes) de CEGEP 1, secondaire 5 et secondaire 4 du Québec; rapport final présenté à : la revue Actualité et à la Direction des services aux étudiants de l'Université de Montréal, s.l., mai 1989, p. 36.

55. Ibid., p. 83.

56. Ibid., p. 34.

57. Loc. cit. Souligné dans le texte.

58. QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Et la santé, ça va ? tome 1 rapport de l'enquête SANTÉ QUÉBEC 1987, Québec, Les publications du Québec, 1988, p. 16. «Santé Québec a adopté la définition globale de la santé telle que proposée dans le Rapport Lalonde : «...un état de bien-être suffisant pour accomplir de façon adéquate un certain niveau d'activités physiques, mentales et sociales, en prenant l'âge en considération.» Ibid., p. 2.

59. Loc. cit.

60. Ibid., p. 14.

- En ce qui a trait à l'indice pondéral l'on précise que : «Même s'il ne s'agit pas d'une habitude de vie en soi mais bien d'une condition physique, l'indice pondéral a été intégré dans cette section (les habitudes de vie) à titre de composante de l'indice synthétique de saines habitudes de vie.» Loc. cit.

61. «Les principales limites de l'enquête Santé Québec, en ce qui a trait aux 15-29 ans, tiennent au fait que cette enquête vise à brosser un portrait de l'état de santé de l'ensemble de la population du Québec, sans nécessairement s'arrêter à des groupes d'âges particuliers. De ce fait, les données peuvent manquer de précision face à certains aspects du vécu des jeunes D'un autre côté, en fonction du modèle d'échantillonnage, Santé Québec sous-estime certaines populations à risque, tout particulièrement chez les 15-29 ans, puisque les jeunes placés en centre d'accueil et les itinérants sont exclus de l'enquête. Par ailleurs, certaines autres sous-populations sont représentées en très petit nombre, ce qui a quelques fois empêché de raffiner l'analyse selon le sexe et selon certains groupes d'âge.» AYOTTE, Violaine, et Marc FERLAND, Et la santé, ça va ? Les jeunes adultes, Québec, Les publications du Québec, 1989, p. 7.

62. Ibid., P. 8.

63. Loc. cit.
L'adhésion à des valeurs et les attitudes qui leur sont associées et l'adoption de comportements en accord avec ces valeurs et attitudes ne semble pas aller de soi comme le rapportent ici deux chercheuses dont nous avons déjà cité le rapport de recherche : «Dans son étude sur les adolescents et la prévention, J. F. Saucier (1979) a voulu saisir le profil de l'adolescent qui a intégré, dans son mode de vie quotidien, certaines normes d'hygiène préventives et contraster ce profil à celui des jeunes qui manquent de motivation envers la santé. Les résultats

préliminaires de cette étude suggèrent que les comportements hygiéniques des adolescents se détériorent avec l'âge, en regard de l'usage du tabac, des drogues, de l'alcool, de l'exercice et des sports. Les attitudes des adolescents, par contre, s'améliorent sensiblement avec l'âge; ils se disent prêts à assumer la responsabilité de leur santé et sont conscients de pouvoir l'influencer par leur mode de vie. (...) Quelles stratégies d'intervention nous faudra-t-il développer pour aider les adolescents à traduire dans leurs conduites la responsabilité qu'ils veulent assumer à l'égard de leur santé ? Selon Radius et ses collègues, pour être en mesure de développer des stratégies d'intervention efficaces, il nous faudrait d'abord comprendre comment les adolescents perçoivent leur santé, l'étendue de leurs préoccupations en cette matière, et la nature des craintes spécifiques qu'ils entretiennent à cet égard.» PELLETIER, Louise, et Lucie VÉZINA, La perspective des adolescents sur leur santé : rapport de recherche, Québec, École des sciences infirmières Université Laval, mars 1985, p. 7-8.

64. Ibid., p. 9.

65. «Le coefficient de variation fut utilisé pour estimer la précision des résultats. Puisque cette mesure n'était pas nécessairement disponible pour chacune des cellules des tableaux produits, nous avons adopté la méthode suggérée par Courtemanche et Tarte (document de travail 1988) en retenant comme seuil un coefficient de variation de 25 %. Toutes les proportions ne rencontrant pas ce critère et apparaissant dans les graphiques ou tableaux sont inscrites entre parenthèses.» Ibid., p. 7.

66. Ibid., p. 10.

67. L'anorexie peut être définie ainsi : «L'anorexie mentale se caractérise par une importante perte de poids auto-induite, associée à un déni de la maladie, une hyperactivité, une recherche constante d'une plus grande minceur ainsi qu'un trouble net de la perception de l'image corporelle; définie de cette façon, cette maladie, qui touche neuf filles pour un garçon au moment de l'adolescence, apparaît comme une entité claire et bien connue... et pourtant peu s'en faut.» WILKINS, Jean, et Pierre-André MICHAUD, «L'anorexie mentale : aspect clinique; diagnostic et traitement médical» dans WILKINS, Jean, et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 282.
L'impact de l'anorexie sur la santé concerne : «... des modifications cardio-vasculaires, rénales, hématologiques et endocrinologiques qui apparaissent en cours d'anorexie.» Ibid., p. 287.

68. GUYON, Louise, Quand les femmes parlent de leur santé, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, p. 84. L'auteure décrit certaines catégories de personnes à risque : «Une recherche sur l'anorexie à partir des données de Santé Québec (Gagnon, 1990, communication de l'auteur) délimite trois groupes vulnérables : les personnes de poids insuffisant qui désirent maigrir, celles qui ont un poids normal et qui désirent atteindre un poids insuffisant et enfin celles qui ont un poids insuffisant et qui souhaitent conserver ce poids. Dans chacune des catégories, les chercheurs notent une forte représentation de femmes jeunes.» Loc. cit.

69. Ibid., p. 85. L'auteure illustre ce comportement à partir de données de l'enquête Santé Québec : «Une illustration intéressante de cette situation est la proportion élevée de satisfaction à l'égard de la vie sociale chez les femmes considérées anorexiques dans l'enquête Santé Québec. Dans la population de plus de 15 ans, 31 % des femmes interrogées se déclarent très satisfaites de leur vie sociale; cette proportion monte à 36 % chez les anorexiques. Chez les adolescentes, le taux de satisfaction est de 45 % chez les anorexiques et de 39 % chez les autres; cette différence est significative. Bien plus, entre 15 et 19 ans, une proportion très faible (1 %) d'anorexiques se déclarent insatisfaites, ce qui n'est pas le cas des autres jeunes filles (9 % d'insatisfaites). À cet âge plus qu'à tout autre, la satisfaction quant aux liens avec les autres semble reliée à l'idée socialement valorisée que l'on se fait de l'image corporelle.» Loc. cit.

70. GUYON, Louise, Quand les femmes parlent de leur santé, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, p. 80.

71. QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Et la santé, ça va ? tome 2 rapport de l'enquête SANTÉ QUÉBEC 1987, Québec, Les publications du Québec, 1988, tableau 1 p. 4.

72. QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Et la santé, ça va ? tome 2 rapport de l'enquête SANTÉ QUÉBEC 1987, Québec, Les publications du Québec, 1988, tableau 2 p. 5.

73. Loc.cit.

74. GUYON, Louise, Quand les femmes parlent de leur santé, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, p. 82.

75. Ibid., p. 82.

76. QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les besoins de santé des élèves du collégial, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial et la Fédération des cégeps, juin 1983, tableau IV p. 24

77. Ibid., p. 26.

78. QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les besoins de santé des élèves du collégial; annexes, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial et la Fédération des cégeps, juin 1983, illustration 4,3.

79. CÉGEP LÉVIS-LAUZON, Résultats du sondage concernant la consommation de drogue, alcool et médicaments au cégep Lévis-Lauzon, Lévis, mars 1989, p. 1 à 3.
Les auteurs de ce sondage font la mise en garde méthodologique suivante : «Il ne s'agit pas d'un sondage scientifique, l'échantillonnage n'a pas été soumis à un processus de tirage aléatoire. (..) Cinq cents questionnaires remplis furent recueillis ce qui représente 17 % de la clientèle du

collège. Tous les résultats (du sondage) doivent être attribués à notre échantillon et ne peuvent faire l'objet de généralisation à l'ensemble de la population étudiante.» Ibid., p. 1.

80. SAUVAGEAU, Yves, et Lise BERGERON, Profil des besoins de santé des jeunes en milieu scolaire du territoire du CLSC Samuel de Champlain (sommaire), Longueuil, en collaboration DSC Charles Lemoyne, CLSC Samuel de Champlain et le milieu scolaire dont le cégep Champlain, décembre 1986, p. 14.

81. QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Et la santé, ça va ? tome I rapport de l'enquête SANTÉ QUÉBEC 1987, Québec, Les publications du Québec, 1988, p. 22.

82. QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les besoins de santé des élèves du collégial, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial et la Fédération des cégeps, juin 1983, p. 13.

83. Loc.cit.

84. Ibid., p. 15.

85. CÉGEP LÉVIS-LAUZON, Résultats du sondage concernant la consommation de drogue, alcool et médicaments au cégep Lévis-Lauzon, Lévis, mars 1989, p. 5.

86. GUYON, Louise, Quand les femmes parlent de leur santé, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, p. 78.

87. GUYON, Louise, Quand les femmes parlent de leur santé, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, p. 66.

88. GUYON, Louise, Quand les femmes parlent de leur santé, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, p. 67.

89. Ibid., p. 79.

90. Ibid., p. 79-80.

91. CÉGEP DE SAINT-FÉLICIEN, Résultats du sondage concernant les connaissances, comportements, besoins et valeurs face aux M.T.S., Saint-Félicien, novembre 1989, 3 p. DESJARDINS, Marie-France, Simon LANGLOIS, et Yolande LEMOYNE, Enquête épidémiologique sur la sexualité d'adolescents fréquentant un cégep, extrait de L'Union médicale du Canada, septembre 1986, résumé 4 p.

92. L'enquête effectuée au cégep Édouard-Montpetit en 1984 donne 16,5 ans, celle réalisée au cégep de Shawinigan 16,7 ans et celle du cégep Lévis-Lauzon environ 16 ans. Rappelons que 7 élèves sur dix ont 19 ans et moins.

93. WILKINS, Jean, «La sexualité durant l'adolescence : phénomène pluridimensionnel» dans WILKINS, Jean, et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 172.

94. FRAPPIER, Jean-Yves, et Brigitte CÔTÉ, «Épidémiologie de la grossesse et de l'avortement à l'adolescence» dans WILKINS, Jean, et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 194-195

95. GIRARD, Marc-A. «La contraception et l'adolescente» dans WILKINS, Jean, et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 182.

96. Loc. cit. À ce sujet Jean Wilkins que nous avons cité plus haut précise : «Si l'adulte sexuellement actif a droit à la contraception, l'adolescente mineure ne devrait-elle pas jour de ce même droit ? Ceci implique de les informer sur ce droit, rendre accessible, attrayante et adaptée la contraception pour les adolescents.» Op. cit., p. 177.

97. Ce qui est inquiétant selon un autre spécialiste c'est : «Et, fait encore plus inquiétant, en regardant l'univers des MTS, c'est que la «swamp» grossit (de plus en plus de porteurs qui ne le savent pas) et les alligators (les maladies) sont de plus en plus gros et nombreux : certaines maladies n'ont pas de vaccin préventif ou de traitement efficace comme c'est le cas pour le VIH et les condylomes acuminés.» STEBEN, Marc, «MTS : l'épidémie qui ne lâche pas» dans QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les services aux étudiants vers l'an 2000: santé des jeunes (recueil des communications sur la santé des jeunes présentées à l'occasion du colloque "Les services aux étudiants vers l'an 2000", Université de Montréal, le 25 mai 1989), Québec, Direction générale de l'enseignement collégial, octobre 1989 p. 1.

98. REGROUPEMENT DES INFIRMIÈRES DE CEGEP DU QUÉBEC, Problèmes de santé des cégépiens et actions, préoccupations des infirmières responsables des Services de santé, (mémoire présenté au Conseil permanent de la jeunesse), s.l., Regroupement des infirmières de CEGEP du Québec, juin 1989, p. 18.
Une autre source indique qu'il y aurait 125 000 cas de chlamydia par année au Québec. Or, «Au Canada, la salpingite est responsable de 40 à 60 % de tous les cas de stérilité. Des études récentes faites à Québec et à Montréal ont démontré la présence de chlamydia chez 5 à 10 % de femmes sexuellement actives(...). En l'an 2000 au Québec, la moitié des femmes nées entre 1970 et 1979 seront atteintes de salpingite si les tendances actuelles se maintiennent.» CLSC SAINTE-FOY-SILLERY, Programme-cadre : la santé des jeunes au collégial, Sainte-Foy-Sillery, CLSC Le Phare, novembre 1990, p. 26. Se reporter également au texte de STEBEN, Marc, MTS : l'épidémie..., déjà cité.

99. CLSC SAINTE-FOY-SILLERY ibid., p. 25 et REGROUPEMENT DES INFIRMIÈRES... ibid., p. 18

100. DUBÉ, Laurette, et Gabi B. REAIDI, Identification de paramètres d'efficacité dans les communications visant l'adoption de comportements préventifs contre le SIDA chez les jeunes de 15 à 19 ans; vue d'ensemble du projet et collaboration avec les cégeps participant à la 1re phase, Montréal, Université de Montréal, octobre 1990, 6 p. Sept cégeps ont manifesté leur intérêt de participer à ce projet.
D'autres sources précisent que la majorité des personnes atteintes ont entre 20 et 49 ans. REGROUPEMENT DES INFIRMIÈRES..., op. cit., p. 19.

101. DUBÉ, Laurette, Loc. cit. Les auteures font référence à deux recherches effectuées à l'Université Queen's de Kingston : BEAZLEY, R. P., et autres, Études sur les jeunes canadiens face au SIDA; résultats pour le Québec, Kingston, Université Queen's, 1988. et KING, A. J. C., et autres, Étude sur les jeunes canadiens face au SIDA, Kingston, Université Queen's (1988).
Mentionnons ici que le R.I.C.Q. a formulé en avril 1990 une demande de subvention au Centre québécois de coordination sur le SIDA afin de sensibiliser et d'informer notamment les élèves des cégeps aux différentes facettes de cette maladie et de ses modes de transmision. REGROUPEMENT DES INFIRMIÈRES DE CÉGEP DU QUÉBEC, Demande de subvention pour un projet en prévention du SIDA dans l'ensemble des cégeps du Québec, avril 1990, 6 p.

102. Différentes attitudes peuvent expliquer cet écart entre la connaissance et l'action. À propos des adolescentes et de la contraception le Dr. Marc-A. Girard déclare : «Dans son cheminement vers un choix et l'utilisation d'un moyen contraceptif l'adolescente rencontrera plusieurs obstacles. Elle pourra «être victime» de sa propre pensée magique, ne rien utiliser et prétendre que «ça ne lui arrivera pas à elle»; «elle ne fait pas l'amour assez souvent pour être enceinte»; «je suis stérile», etc. Le sujet de la contraception peut tout simplement être tabou et donc inaccessible. On n'en parle tout simplement pas ou il y a un interdit formel d'en parler. Ou bien les méthodes contraceptives sont perçues comme inefficaces ou dangereuses. L'adolescente peut craindre les réactions de son entourage (parents et amies, amis) et elle remet à plus tard. L'accessibilité à la contraception quoiqu'améliorée demeure encore pour plusieurs problématique. On y accède clandestinement par besoin et parfois avec gêne et honte. Le prix des différents moyens contraceptifs constitue pour certaines un obstacle majeur.» GIRARD, Marc-A., «La contraception et l'adolescente» dans WILKINS, Jean, et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, p. 182.

On peut également citer ce texte : «Plusieurs intervenants notent l'existence de ce qu'on nomme la «pensée magique». Ainsi, l'adolescent n'associera pas nécessairement son vécu sexuel à un risque de grossesse ou de MTS. Ou alors, même si le risque est perçu, il n'entraînera pas nécessairement une conduite préventive. On pensera que «ça ne peut pas m'arriver à moi». Ainsi, bien qu'informé, l'adolescent peut très bien ne pas agir avec la conscience du risque que représente sa conduite. (Certains auteurs pensent que ce modèle de pensée peut être repris pour les MTS.) En tête du modèle, il (Herold) place la perception des risques d'avoir une grossesse (ou une MTS) et la perception du danger ou de la sévérité de l'événement. C'est une donnée essentielle à la compréhension du comportement préventif. En effet, on ne peut espérer de prévention sans une perception du risque.» BERNARD, Marie-Claude, et Linda FORTIN, MTS

et comportements préventifs chez les étudiants : la situation au CEGEP de Shawinigan, Shawinigan, DSC du Centre hospitalier régional de la Mauricie, 1988, p. 10.

103. Une étude réalisée dans les cégeps sur le sujet plus global du «sexisme et éducation» montre que le harcèlement à caractère sexuel est une réalité bien présente chez les élèves. RICARD, Philippe, Sexisme et éducation : analyse des attitudes sexistes des étudiants et étudiantes, et des pédagogues des collèges, Montréal, Collège de Rosemont, 1988, 212 p.

104. Les données sur ce sujet sont très rares cependant la prostitution semble un phénomène présent dans les cégeps : «Le phénomène de la prostitution juvénile, qui toucherait surtout les groupes «hors cégep», est aussi présent parmi les jeunes des cégeps et particulièrement parmi ceux qui sont aux prises avec de sérieuses difficultés financières et sociales.» CLSC SAINTE-FOY-SILLERY, Cadre de référence : la santé des jeunes au collégial, Sainte-Foy-Sillery, CLSC Le Phare, novembre 1989, p. 28.
Par ailleurs, un sondage effectué dans un cégep de la région montréalaise indique «qu'un étudiant sur dix est victime d'une agression sexuelle et dans la majorité des cas l'agresseur est un ami de la victime. La prostitution est pratiquée par 6 % des étudiants avec une représentation égale pour les deux sexes.» DESJARDINS, Marie-France, Simon LANGLOIS, et Yolande LEMOYNE, «Enquête épidémiologique sur la sexualité d'adolescents fréquentant un cégep», extrait de L'Union médicale du Canada, septembre 1986, résumé 4 p.

105. Certains chercheurs parlent de «monogamie en série». Selon Wilkins (1981) «la monogamie en série» est une relation affective avec une personne dont la durée moyenne est de neuf mois. Il y a alors fin de la relation et, après une brève période de latence, reprise d'une nouvelle relation avec une autre personne.» BERNARD, Marie-Claude, et Linda FORTIN, MTS et comportements préventifs chez les étudiants : la situation au CEGEP de Shawinigan, Shawinigan, DSC du Centre hospitalier régional de la Mauricie, 1988, p. 27.
Une autre enquête révèle que pour 75 % des répondantes et des répondants la fidélité est «essentielle», pour 22,3 % est «importante», pour 3,1 % «peu importante» et pour 1,4 % «sans importance». CÉGEP DE SAINT-FÉLICIEN, Résultats du sondage concernant les connaissances, comportements, besoins et valeurs face aux MTS, Saint-Félicien, novembre 1989, 3 p.

106. BERNARD, M. C., Ibid., p. 28.

107. BERNARD, Marie-Claude, et Linda FORTIN, MTS et comportements préventifs chez les étudiants : la situation au CEGEP de Shawinigan, Shawinigan, DSC du Centre hospitalier régional de la Mauricie, 1988, p. 28.
CÉGEP LÉVIS-LAUZON, Résultats du sondage concernant la consommation de drogue, alcool et médicaments au cégep Lévis-Lauzon, Lévis, mars 1989, p. 9.

108. BERNARD, M. C., ibid., p. 29.

109. BERNARD, M.C., MTS et comportements préventifs..., ibid., p. 29-31.
VERMETTE, Gabrielle, et autres, Les distributrices à condoms..., op. cit., p. 10.
Un sondage effectué au cégep de Rivière-du-Loup indique que 30 % des élèves actifs sexuellement avaient eu deux partenaires et plus au cours de l'année précédant le sondage. CÉGEP DE RIVIÈRE-DU-LOUP ET CLSC RIVIÈRES ET MARÉES, Résultats du sondage sur les M.T.S., Rivière-du-Loup, cégep de Rivière-du-Loup et CLSC Rivières et Marées, s.d., 6 p.
Le sondage effectué au cégep de Saint-Hyacinthe indique une proportion d'un élève sur quatre actif sexuellement. CÉGEP DE SAINT-HYACINTHE, Résultats du sondage sur les attitudes et les comportements face à la sexualité, Saint-Hyacinthe, Cégep de Saint-Hyacinthe, août 1990, p. 3.

110. Cégep de Shawinigan 7,2 % des actifs sexuellement. BERNARD, M.C., MTS et comportements préventifs..., ibid., p. 39-42.
Cégep Lévis-Lauzon 8,2 % des actifs sexuellement. VERMETTE, Gabrielle, et autres, Les distributrices à condoms..., op. cit., p. 10.
Cégep de Saint-Félicien 7,2 % des actifs sexuellement. CÉGEP DE SAINT-FÉLICIEN, Résultats du sondage concernant les connaissances, comportements, besoins et valeurs face aux M.T.S., Saint-Félicien, novembre 1989, 3 p.
Au cégep Lionel-Groulx 5 % des actifs sexuellement. CÉGEP LIONEL-GROULX, Compilation des données du sondage MTS, contraception et distributrice à condoms, Cégep Lionel-Groulx, octobre 1987, pagination multiple.

111. BERNARD, M.C., MTS et comportements préventifs..., p. 42.
L'enquête menée au cégep Lévis-Lauzon précise les types de MTS mentionnées : la chlamydiase (7 cas et 28 % des MTS mentionnées), les condylomes (5 cas, 20 %), la gonorrhée (1 cas, 4 %), autres sans précision (3 cas, 12 %) et enfin 9 personnes (36 %) n'ont pas précisé le type de MTS. VERMETTE, Gabrielle, et autres, Les distributrices à condoms..., ibid., p. 10.

112. BERNARD, M.C., op. cit., p. 45.

113. BERNARD, M.C., MTS et comportements préventifs..., ibid., p. 47-48.
VERMETTE, Gabrielle, et autres, Les distributrices à condoms..., op. cit., p. 14-15.
CÉGEP DE SAINT-HYACINTHE, Résultats du sondage sur les attitudes et les comportements face à la sexualité, Saint-Hyacinthe, Cégep de Saint-Hyacinthe, août 1990, p. 2.

114. VERMETTE, Gabrielle, et autres, Les distributrices à condoms..., p. 13.
BERNARD, M.C., MTS et comportements préventifs..., ibid., p. 49.

115. VERMETTE, Gabrielle, et autres, Les distributrices à condoms..., p. 17-18.
BERNARD, M.C., MTS et comportements préventifs..., ibid., p. 44, 51.

116. BERNARD, M.C., MTS et comportements préventifs..., ibid., p. 115.

117. VERMETTE, Gabrielle, et autres, Les distributrices à condoms..., p. 24.

118. QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les besoins de santé des élèves du collégial, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial et la Fédération des cégeps, juin 1983, p. 41-44.

119. QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Et la santé, ça va ? tome 1 rapport de l'enquête SANTÉ QUÉBEC 1987, Québec, Les publications du Québec, 1988, p. 124.

120. AYOTTE, Violaine, et Marc FERLAND, Et la santé, ça va ? Les jeunes adultes, Québec, Les publications du Québec, 1989, p. 17 et le tableau 9 en annexe.

121. AYOTTE, Violaine, et Marc FERLAND, Et la santé, ça va ? Les jeunes adultes, Québec, Les publications du Québec, 1989, p. 17.

122. Ibid., p. 18.

123. AYOTTE, Violaine, et Marc FERLAND, op. cit, p. 19.

124. Une recherche effectuée auprès de jeunes (12-18 ans) du secondaire conclut en ces termes : «L'ensemble des résultats pour les tendances suicidaires et pour la consommation (de drogues) nous amènent à conclure que la majorité des jeunes suicidaires consomment. De plus, lorsque nous comparons les deux problématiques à partir des mêmes critères, les jeunes suicidaires et/ou les (consommatrices et les consommateurs) semblent provenir des milieux semblables et vivre les mêmes difficultés.» DUTEAU, Colette, Marc CHARRON, et Carole LANOVILLE, Tendances suicidaires et consommation de drogues à l'adolescence, s.l., CLSC Le Moulin, septembre 1987, p. 175.

125. AYOTTE, Violaine, et Marc FERLAND, op. cit., p. 20.

126. RAYMOND, Sylvaine, et autres, «En parler, c'est notre solution...» une évaluation d'un programme de prévention du suicide en milieu collégial, Laval, D.S.C. Cité de la Santé de Laval, octobre 1989, p. 6.

127. Loc. cit.

128. Ibid., p. 7.

129. Loc. cit.
Violaine Ayotte et Marc Ferland dans leur monographie sur «Les jeunes adultes» citée précédemment présente également cette perspective développée par le groupe d'étude national sur le suicide. AYOTTE, Violaine, et Marc FERLAND, op. cit., p. 3.

130. RAYMOND, Sylvaine, et autres, op. cit. p. 7.

131. «Il est à noter que l'intensité ou la gravité des idées et des tentatives ne sont pas évaluées dans la présente enquête. Ainsi, les idées peuvent comprendre à la fois des pensées suicidaires légères ou intenses pouvant induire un haut niveau de détresse psychologique. Par ailleurs, les tentatives suicidaires peuvent comprendre aussi bien des gestes suicidaires interrompus que des tentatives graves ayant nécessité des traitements médicaux urgents. Les cas de tentatives suicidaires énumérés dans le cadre de Santé Québec sont donc basés sur l'ensemble de la population de 15 ans et plus et auront tendance à être plus nombreux que les cas de tentatives de suicide qui se sont soldées pas un décès.» QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Et la santé, ça va ? tome I rapport de l'enquête SANTÉ QUÉBEC 1987, Québec, Les publications du Québec, 1988, p. 129.

132. AYOTTE, Violaine, et Marc FERLAND, op.cit., p. 21.

133. Ibid., p. 22.

134. Loc. cit.

135. Loc. cit.

136. Loc. cit.

137. Les résultats de cette recherche évaluative sont présentés dans deux documents. RAYMOND, Sylvaine, et autres, «En parler, c'est notre solution...» une évaluation d'un programme de prévention du suicide en milieu collégial, Laval, DSC Cité de la Santé de Laval, octobre 1989, 93 p.
RAYMOND, Sylvaine, et autres, «En parler, c'est notre solution...» une évaluation d'un programme de prévention du suicide en milieu collégial, annexes, Laval, DSC Cité de la Santé de Laval, octobre 1989, 54 p.

138. RAYMOND, Sylvaine, et autres, op. cit., p. 60. Précisons ici que la collecte des données fut réalisée dans le cégep expérimental, celui où un programme de prévention du suicide avait été mis sur pied, et un cégep témoin où un tel programme n'existait pas. Les résultats concernent les élèves des deux cégeps.

139. Loc. cit.

140. Loc. cit.
Un sondage effectué dans un autre cégep révèle également une fréquence élevée de comportements suicidaires. Environ un élève sur cinq, homme ou femme, a eu des idées suicidaires. Plus de 2 % ont effectué une tentative de suicide. Le taux chez les femmes étant près de deux fois plus élevé que celui observé chez les hommes. CÉGEP DE SAINT-HYACINTHE, Résultats du sondage sur le suicide au collégial : portrait du cégep de St-Hyacinthe, Saint-Hyacinthe, Cégep de Saint-Hyacinthe, 1990, 4 p.
Une enquête réalisée auprès d'adolescentes et d'adolescents âgés de 12 à 18 ans fréquentant le secondaire obtient les résultats suivants : 22,4 % des jeunes ont eu des idées suicidaires et 7,5 %

ont planifié ou posé un geste suicidaire. Par ailleurs, les résultats d'une autre recherche effectuée en 1984 auprès des cégépiennes et des cégépiens francophones, et cités dans la même étude, établit à 21,2 % la proportion de jeunes cégépiens (hommes et femmes) ayant eu des idées suicidaires et 11,7 % ont fait une tentative de suicide. DUTEAU, Colette, Marc CHARRON, et Carole LANOVILLE, Tendances suicidaires et consommation de drogues à l'adolescence, s.l., CLSC Le Moulin, septembre 1987, p. 38-39

141. Ibid., p. 61.

142. Loc. cit.

143. Loc. cit.

144. Voici comment des intervenantes et des intervenants en santé dans les cégeps résument les principaux problèmes vécus par les élèves lors d'un «mini-colloque» sur la santé mentale :
«Les problèmes les plus fréquemment rencontrés chez les étudiants des cégeps sont de l'ordre de la recherche de l'identité : identité sexuelle, identité sociale face à l'avenir et face au travail. Cela entraine souvent la difficulté de s'affirmer et conséquemment, l'isolement à l'intérieur du groupe. On constate également la mésadaptation à l'environnement qui se manifeste par une mauvaise hygiène personnelle : mauvaise alimentation, manque de repos, d'exercice, de sommeil, etc., ceci entraine fatigue et stress.» FÉDÉRATION DES CÉGEPS, Mini-colloque sur la santé mentale dans les cégeps du Québec, (Québec, les 7-8 février 1984), rapport synthèse rédigé par Pierre Imbeau, s.l., mars 1984, p. 6.

145. FÉDÉRATION DES CÉGEPS, Mini-colloque sur la santé mentale dans les cégeps du Québec, (Québec, les 7-8 février 1984), rapport synthèse rédigé par Pierre Imbeau, s.l., mars 1984, p. 7.

146. Nous reproduisons en annexe les résultats de l'enquête relatifs à la fatigue et au stress (se reporter à la page 155).
À la suite des résultats de cette enquête le DSC du CHUL a mis sur pied un projet d'intervention dans les cégeps de son territoire. L'intervention visait à donner aux élèves des moyens pour contrôler leur stress particulièrement en période d'examens. Consulter à ce sujet : BÉDARD, Marie-Berthe et al., Le stress : projet d'intervention dans les collèges du territoire du DSC du CHUL, Québec, Département de santé communautaire du Centre Hospitalier de l'Université Laval, 1983. MARTEL, Diane, Commentaires évaluatifs sur le projet d'intervention : la prévention et la diminution des effets nocifs du stress en période d'examens, Québec, Département de santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université Laval, mai 1984, 6 p.

147. Un sondage effectué au cégep de Victoriaville décrivait le «stress» comme étant le «problème le plus fréquent dans le portrait général de la santé des étudiantes et des étudiants du cégep»
Pour une description détaillée des événements stressants (positifs ou négatifs) vécus par les cégépiennes et les cégépiens consulter : CHIASSON, Luc, Les événements stressants de la vie du cégépien; construction d'une échelle de mesure, Lévis, Cégep de Lévis-Lauzon, 1988, 167 p.

148. «Ce sont les étudiantes des programmes à densité féminine faible qui ont le plus à vivre ce stress (21 % le vivent souvent). Mais les étudiantes des programmes à densité féminine moyenne ont aussi à le vivre; c'est le cas pour 16 % qui le vivent souvent. C'est seulement dans les programmes où il y a une nette majorité d'étudiantes qu'on ne trouve presque pas cette situation (1 %).» RICARD, Philippe, Sexisme et éducation : analyse des attitudes sexistes des étudiants et étudiantes, et des pédagogues des collèges, Montréal, Collège de Rosemont, 1988, p. 89.

149. Loc. cit.

150. Ibid., p. 116.
L'auteur précise : «...c'est dans les programmes traditionnellement masculins que les étudiants sont les plus nombreux (50,9 %) à déclarer qu'ils manquent de confiance en soi (39,7 et 35,9 % dans les autres types de programmes). C'est l'inverse pour les étudiantes dans les programmes traditionnellement masculins; elles sont moins nombreuses à affirmer manquer de confiance en soi. Les programmes traditionnellement masculins demandent une plus grande dose de confiance en soi chez les étudiantes. Par contre, les étudiants peu sûrs d'eux-mêmes y recevraient-ils une confirmation de leur virilité sans être trop confrontés à l'univers féminin ?» Loc. cit.

151. Ibid., p. 120.

152. Ibid., p. 123.

153. Loc. cit.

3. L'OFFRE DES SERVICES DE SANTÉ DANS LES CÉGEPS

3.1. Quelques éléments d'histoire

Lorsque les cégeps furent créés en 1967, ils héritèrent en partie de la tradition qui caractérisait les institutions qui les avaient précédés :

> «Dans les anciens collèges (collèges classiques, écoles normales, instituts technologiques, etc.), les services aux étudiants existaient sans avoir de NOM et sans être regroupés sous une même structure. Les fonctions étaient éparpillées dans tous les services et étaient parfois assumées en supplément de tâche par des bénévoles. Donnons quelques exemples : l'aide financière et le dépannage urgent étaient assurés par «l'économe» de l'institution; l'animation des sports, des spectacles, du théâtre, de la musique, de la santé était souvent assumée par des professeurs ou d'autres membres du personnel qui ajoutaient bénévolement ces fonctions et ces intérêts à leurs tâches normales d'enseignement.»[1]

À l'époque de la création des cégeps, le service de santé ressemblait davantage à un lieu où l'on dispensait des premiers soins; lieu qui était communément appelé l'«infirmerie». La description ci-dessous rend compte de façon imagée de la réalité de cette période :

> «Il y a presque deux décennies déjà, aux premiers pas du cégep, on engagea une «garde-malade» pour dispenser des soins, dans un local rempli de lits (12). C'est ce qu'on appelait l'infirmerie du Foyer Patro. «Plasters», sirops, béquilles et bouillottes faisaient partie du quotidien.»[2]

Cependant, compte tenu du caractère dynamique des cégeps dès le début de leur existence, compte tenu également des besoins nombreux et toujours urgents de la population cégépienne, une question surgit et à laquelle il fallait répondre :

> «Y-a-t-il une façon d'offrir des services de santé dans un Collège, sans attendre la maladie ?»[3]

La réponse à cette question amena le développement de services appelés à répondre aux besoins exprimés par les élèves. Des changements s'imposaient donc dans l'aménagement des lieux d'abord et ensuite, dans la conception même du «service» appelé à dispenser les services de santé. D'une conception des services de santé dont l'orientation première était la satisfaction des besoins exprimés par une demande de services, elle passa à une perspective plus globale fondée sur une prise en main par les personnes de leur santé. La citation ci-dessous témoigne de ces changements qui s'opérèrent au fil des années dans les services de santé des cégeps :

> «...la seule consommation de services n'apparaissait plus dynamique. C'est alors qu'arriva dans un cheminement naturel, la création du Centre de santé : endroit où les gens ne viennent pas seulement consommer, mais (également) puiser et contribuer à la création d'un éventail de ressources... Aussi, les liens de complémentarité avec plusieurs initiatives du milieu, telles l'intégration de la santé à divers projets d'apprentissage pédagogique, la participation active à la tribune Mardis-Caucus, la collaboration à divers programmes de santé du CLSC et du DSC, ont permis une ouverture au milieu illustrant en quelque sorte la globalité de la santé.»[4]

Cette «nouvelle» conception de la santé et de l'organisation des services amenait un rapprochement avec les dimensions multiples du vécu des cégépiennes et des cégépiens :

> «Aussi, la simplicité du contact, la variété des ressources, le temps accordé pour de l'écoute, l'aménagement physique des lieux facilitent un support dans les divers aspects de la vie étudiante. Ces aspects sont aussi variés que les apprentissages menant à une vie plus autonome : peines d'amour, grossesses imprévues, stress, solitude, interrogation sur le sens de la vie, événements heureux, autant d'instants essentiels à partager.»[5]

Le milieu des années soixante-dix marque un virage dans l'organisation des services de santé tout au moins en ce qui a trait au partage des responsabilités. Jusqu'à ce moment, les cégeps assumaient l'ensemble des responsabilités liées à l'offre de ces services. La restructuration du système des services de santé au Québec, au début des années soixante-dix, amena le ministère des Affaires sociales à revendiquer la responsabilité de la gestion de l'offre de tous les services de santé sur le territoire québécois. Cela impliquait donc un nouveau partage des responsabilités entre les différents intervenants.[6] En 1976, une entente intervenue entre le ministère de l'Éducation du Québec et le ministère des Affaires sociales définissait le nouveau cadre juridique dans lequel les cégeps étaient appelés à offrir les services de santé. L'entente fut révisée en 1981.[7] Le contenu de celle-ci fera l'objet de la prochaine section de ce chapitre.

3.2. Le cadre juridique de l'offre des services de santé dans les cégeps

Les services de santé dispensés dans les commissions scolaires et les cégeps sont, encore aujourd'hui, régis par une entente intervenue entre le ministère de l'Éducation et le ministère des Affaires sociales. Intitulé *Guide pour assurer les services de santé aux élèves des commissions scolaires et aux étudiants des collèges d'enseignement général et professionnel*, ce guide :

«expose les principes et les modalités suivant lesquels les deux ministères entendent procéder en vue de maintenir ou d'améliorer les services de santé aux élèves et aux étudiants.»[8]

Plus précisément le Guide décrit :

«...le partage des responsabilités qui incombent respectivement et conjointement aux deux ministères visés ainsi qu'aux institutions d'enseignement et aux centres hospitaliers désignés qui sont dotés d'un département de santé communautaire conformément aux programmes de santé en milieu scolaire.»[9]

Avant de décrire le partage des responsabilités, il est important de rappeler les principes généraux sous-jacents à la rédaction du Guide notamment ceux relatifs à l'accessibilité aux services de santé. En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, toute personne a le droit de recevoir de façon continue et pendant toute sa vie la gamme complète des services de santé et des services sociaux y compris les services de prévention.[10] Ces services doivent répondre aux besoins des personnes, des groupes et des familles, tant sur le plan physique que sur les plans psychique et social. En outre, la Loi confère au ministre, d'une part, le pouvoir d'adapter ces services aux besoins des personnes, des groupes et des familles en tenant compte des particularités régionales et, d'autre part, de répartir entre ces services les ressources humaines et financières de la façon la plus juste et rationnelle possible.[11]

En ce qui a trait aux juridictions respectives des deux ministères, le Guide établit, outre la définition de la juridiction propre à chacun des ministères, que le ministère de l'Éducation et celui des Affaires sociales, «reconnaissent qu'il est opportun qu'une institution d'enseignement assure à ses élèves ou étudiants des services de santé dispensés par le centre hospitalier.»[12]

Quant aux responsabilités de chacun des ministères, le Guide renvoie à leur mission respective. Ainsi, le ministère des Affaires sociales à la responsabilité d'élaborer la politique des services de santé et d'en promouvoir le développement par des programmes appropriés alors que le ministère de l'Éducation a les mêmes responsabilités dans le champ de l'éducation. De plus, l'un et l'autre ministère ont la responsabilité de l'organisation et du maintien de leurs établissements.

Enfin, les responsabilités respectives et conjointes des centres hospitaliers et des établissements d'enseignement sont réparties en six catégories :

1) l'identification de la clientèle et la définition des besoins de santé (art. 4,1,1 et 4,2,1)[13];

2) les programmes d'activités (art. #4,1,2 et 4,2,2);

3) le personnel affecté aux services de santé (art. 4,1,3 et 4,2,3 à art. 4,1,8 et 4,2,8);

4) le dossier de santé de l'élève (art. 4,1,9 et 4,2,9);

5) le matériel professionnel, les locaux, le mobilier, l'ameublement et l'outillage (art. 4,1,10 et 4,2,10);

6) l'évaluation des programmes (art. 4,1,11 et 4,2,11).

L'étude de la répartition des responsabilités respectives et conjointes montre que la définition des besoins de santé constitue une activité conjointe du centre hospitalier et de l'établissement d'enseignement; l'établissement de santé «identifie les besoins de santé» alors que l'établissement d'enseignement «collabore à l'identification des besoins de santé». Il en va de même pour l'élaboration des programmes de santé. En effet, le centre hospitalier «détermine la nature et le contenu des programmes à offrir entre autres, la prévention, le dépistage, les premiers soins (...), l'immunisation et l'information en matière de santé», alors que l'établissement d'enseignement, participe «à l'élaboration des programmes de santé, (convient) des modalités d'application de ces programmes et (assume) sa responsabilité face à la politique des premiers soins (...)».

Comment dans les faits le partage des responsabilités entre les cégeps et les établissements de santé (CLSC ou DSC) s'est-il opéré ? Une enquête réalisée conjointement par la Fédération des cégeps et le Service des affaires étudiantes de la Direction générale de l'enseignement collégial au printemps de 1990, permet de répondre en partie à cette question.[14] Dans la majorité des cégeps (31) la définition des besoins de santé est effectuée conjointement avec l'établissement de santé (CLSC). Par ailleurs, dans deux cas, le cégep définit seul les besoins de santé alors que dans huit cégeps ce sont les CLSC qui définissent les besoins de santé (se reporter au Tableau XXXI). Rappelons que la définition des besoins de santé relève de la responsabilité conjointe des cégeps et des établissements de santé. La définition des programmes de santé relève dans plus de la moitié des cas (22) des CLSC alors que dans dix-huit cégeps cette activité est réalisée conjointement. Selon l'entente de 1976, cette activité relève d'une responsabilité conjointe des cégeps et des établissements de santé.

Selon la procédure définie dans le Guide pour assurer les services de santé, les établissements de santé et d'enseignement doivent créer un comité mixte et signer un contrat de services «sanctionnant l'application et le développement de programmes de santé pour la clientèle scolaire».[15] Or, au moment de l'enquête au trimestre d'hiver 1990, trente-trois cégeps ont répondu avoir signé une entente locale avec le CLSC ou le DSC régional. Ce protocole est toujours en vigueur dans vingt-neuf cégeps.[16] De plus, le Guide prévoit que chaque cégep doit signer un contrat de services avec l'établissement de santé.

TABLEAU XXXI: Répartition du partage des responsabilités, cégeps et CLSC, en fonction des différentes tâches décrites dans le Guide pour assurer les services de santé

	ORGANISME RESPONSABLE					
RESPONSABILITÉ	CÉGEP	CLSC	MIXTE	CE+CL	AUTRE	TOTAL
Définition des besoins de santé	2	8	31	1	0	42
Établissement de la liste des priorités	2	12	27	1	0	42
Définition des programmes	2	22	18	0	0	42
Affectation du personnel	0	35	5	2	0	42
Gestion des conditions de travail du personnel de santé	0	28	11	3	0	42
Horaire de travail	0	20	20	2	0	42
Gestion des dossiers-santé	5	22	9	2	0	38
Évaluation des programmes	0	13	26	2	0	41
Identification des clientèles	8	13	18	1	0	40
Engagement du personnel de soutien	36	0	1	1	1	39
Intégration du personnel de santé	25	5	9	1	0	40
Gestion des conditions de travail du personnel de soutien	36	2	1	0	1	40

Source : données recueillies lors de l'enquête sur les services de santé par la Fédération des cégeps. Le tableau est de nous.

Or, l'enquête révèle que seulement vingt-six cégeps ont un tel contrat de services avec un CLSC et que dans vingt-cinq il se renouvelle automatiquement à chaque année. Mentionnons également que huit cégeps ont déposé une copie de ce contrat auprès du CRSSS, 5 auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux et aucun auprès de la DGEC.[17] Il est intéressant de rappeler ici que selon l'article 24 des mesures administratives prévues dans le Guide :

> «Le contrat signé par les représentants dûment autorisés des deux parties ne sera valide qu'à compter de son dépôt auprès du conseil régional de la santé et des services sociaux de la région où est situé LE CENTRE HOSPITALIER, conformément à l'article 124 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. c. S-5).»[18]

L'entente de 1976 prévoyait la création d'un comité mixte c'est-à-dire un comité composé «d'un nombre égal de représentants de chaque partie.» De plus, les personnes nommées à ce comité doivent être «directement impliquées dans le domaine de la santé en milieu scolaire.»[19] C'est d'ailleurs l'un des rouages essentiels prévus à cette entente. Son mandat, compte tenu des responsabilités respectives de l'établissement hospitalier et de celui de l'enseignement, consiste à :

> «1- identifier les besoins de santé selon les différents types de clientèles scolaires;
>
> 2- établir un ordre de priorité dans les besoins identifiés;
>
> 3- étudier les possibilités du centre hospitalier de satisfaire les besoins de santé retenus;
>
> 4- étudier les possibilités de l'institution d'enseignement de répondre aux exigences d'application des programmes;
>
> 5- préparer un projet de contrat ou en assurer le renouvellement;
>
> 6- veiller à l'application des clauses du contrat;
>
> 7- approuver le programme d'activités et en surveiller l'exécution;
>
> 8- rédiger un rapport annuel à l'intention des autorités du centre hospitalier et de l'institution d'enseignement;
>
> 9- s'acquitter de toute autre fonction que les parties lui confient.»[20]

Or, il semble que ces comités n'aient pas eu, ou n'ont plus, l'existence et la vitalité souhaitées dans l'entente. En effet, à leur propos, les rédacteurs du rapport sur les services de santé dans

les cégeps concluent que «Les données concernant le comité mixte sont relativement contradictoires.»[21] Ceux-ci poursuivent leur analyse en ces termes :

> «Si 29 collèges disaient antérieurement respecter le protocole d'entente avec les CLSC, seulement 20 collèges rapportent disposer d'un comité mixte, lequel constituait pourtant une partie essentielle du protocole. De plus, seulement le tiers des collèges (la moitié de ceux qui disaient respecter le protocole (soit 15 cégeps)), voient leur comité mixte accomplir les tâches et les fonctions pour lesquelles il a été institué. C'est précisément le cas pour l'identification des besoins de santé, la définition des priorités, l'évaluation des clientèles, la préparation d'un projet de contrat, l'élaboration d'un programme d'activités et la rédaction d'un rapport annuel. Ces fonctions sont accomplies tantôt par les CLSC seuls, tantôt par les collèges seuls, dans plus des deux tiers des cas.»[22] (se reporter au Tableau XXXII).

Un constat s'impose : le comité mixte tel que prévu à l'entente de 1976 remplit son mandat dans un cégep sur trois. Il ne faut pourtant pas conclure qu'il ne se passe rien dans les deux autres tiers. Une explication possible et plausible de cet état de situation serait la suivante : puisque tout semble fonctionner rondement dans le service de santé du cégep personne ne voit l'utilité de réunir les membres du comité mixte. Quant aux différentes tâches prévues à l'entente de 1976 elles seraient assumées de facto par le personnel infirmier en place en collaboration avec le service des affaires étudiantes du cégep. Rappelons que le personnel infirmier est rattaché au CLSC et que cela lui permet d'assurer la liaison entre l'établissement de santé et le cégep. Si un tel partage des tâches comporte des avantages, comme celui de minimiser les énergies dépensées à tenir des réunions ou celui d'assurer une coordination efficace et rapide entre les deux types d'établissements, il comporte, selon nous, également des désavantages. Mentionnons entre autres choses le fait qu'un nombre restreint de personnes dans l'établissement de santé et dans le cégep participent à la définition des besoins, à l'élaboration des priorités, etc. Or, la présence de personnes venant de l'un et de l'autre milieu à un même comité leur permet certainement de s'informer et de se sensibiliser à leur réalité respective. Considérées sous cet angle, les données de l'enquête nous révèlent une situation où toutes les possibilités liées à l'existence et au fonctionnement d'un tel comité de concertation entre les deux établissements n'ont sans doute pas été entièrement exploitées.

TABLEAU XXXII: Répartition des cégeps dont le comité mixte effectue les tâches prévues dans l'entente de 1976

	NOMBRE DE CÉGEPS
Votre collège dispose-t-il d'un comité mixte tel que défini à l'entente ?	20
S'acquitte-t-il des fonctions énumérées dans le protocole d'entente, notamment :	
Identifier les besoins de santé	15
Établir les priorités	14
Évaluer la capacité de répondre aux besoins de la clientèle	13
Préparer un projet de contrat	12
Veiller à l'application du contrat	12
Approuver le programme d'activités	14
Rédiger un rapport annuel	12

Source : données de l'enquête sur les services de santé dans les cégeps. Le tableau est de nous.

3.3. La place des services de santé dans les cégeps

Les services de santé font partie des services des affaires étudiantes. Quelle définition peut-on donner de ces services ? Comment s'insèrent-ils dans la mission éducative des cégeps ? Nous proposons de retenir la définition proposée par Jean-Guy Gaulin, Directeur des services aux étudiants du cégep François-Xavier Garneau, puisqu'elle semble résumer la conception généralement acceptée dans le milieu cégépien.

> "...le premier **RÔLE** général des Services aux étudiants dans un collège : (c'est de) collaborer, avec tous les autres Services du collège, au mieux-être possible des élèves qui n'y sont que de passage, durant deux ou trois ans, mais à un moment primordial de leur vie, alors qu'ils sont en plein apprentissage de leurs connaissances, de leur autonomie, de leur devenir adulte, de leur rôle futur dans le monde du travail. Dans leur rôle de support aux autres Services et

> surtout aux étudiants, les Services aux étudiants peuvent donc être définis de façon réaliste : «l'ensemble des services et activités parapédagogiques ou parascolaires directement destinés à une relation d'AIDE à l'étudiant, selon les divers besoins qu'il exprime ou rencontre durant son passage au collège; l'ensemble des services humains complétant l'objectif premier des études et de l'acquisition des connaissances, en favorisant un encadrement de formation globale et fondamentale dans un environnement toujours éducatif.»[23]

Cette conception de complémentarité des services dans un contexte de formation globale de la personne, elle-même en situation d'apprentissage dans de multiples dimensions de sa vie, est fondamentale. En outre, elle fonde la position de la Direction générale de l'enseignement collégial (DGEC) en matière de services offerts aux élèves. En effet, tout en reconnaissant que la mission première des cégeps consiste à «dispenser l'enseignement général et professionnel», la DGEC reconnaît que «si on se situe dans une perspective de formation intégrale et fondamentale, cette activité (l'enseignement) ne saurait répondre à elle seule à l'ensemble des besoins de formation de l'élève.»[24] La réalisation de cet objectif global de formation implique entre autres choses la mise en place de stratégies et de moyens adaptés à la diversité des besoins de formation. C'est dans ce contexte de formation globale que l'offre de services à la communauté cégépienne doit être comprise et notamment celle concernant l'aide financière, l'alimentation, les services de santé, etc. Ces services répondent à des besoins et le cégep ne peut pas :

> «...s'en désintéresser en raison même de l'impact que ces facteurs exercent sur le déroulement des études. L'absence de satisfaction de ces besoins peut compromettre facilement l'objectif de démocratisation de l'enseignement. De façon concrète ces éléments sont souvent sources d'embarras pour l'élève.»[25]

La nomenclature des services offerts par les services des affaires étudiantes des cégeps comporte cinq grandes catégories de services qui répondent à autant de types de besoins chez les cégépiennes et les cégépiens.[26] Les services de santé appartiennent à la catégorie des services essentiels et comblent des besoins fondamentaux. C'est à ce titre que le cégep s'y implique :

> «De prime abord, on pourrait croire que la satisfaction des besoins essentiels de l'élève n'a qu'un lointain rapport avec les objectifs d'un établissement d'enseignement collégial. Manifestement, les services de santé, l'aide sociale ou juridique, le logement, l'assistance financière, l'alimentation et le transport ne présentent pas avec la vie pédagogique de relations immédiates. Toutefois, l'importance de ces facteurs en matière d'éducation est indéniable. Ils influencent profondément les activités d'apprentissage et constituent fréquemment un préalable à la présence de l'élève dans un collège. C'est précisément parce qu'ils conditionnent l'accès et la poursuite des études collégiales que le collège se doit d'intervenir en ces matières. Hormis cette considération, la portée de son intervention est limitée et c'est dans la mesure

> seulement où elle favorise l'accès aux études que l'action du collège est fondée.»[27]

Certes, la responsabilité première de la satisfaction de ces besoins essentiels incombe à l'élève.[28] Par ailleurs, le cégep «doit exercer un rôle d'assistance, en veillant à ce que les conditions soient réunies pour que l'élève ait accès aux services.»[29] Dans ce contexte :

> «Le première démarche du collège consiste donc à les identifier (les services), à en mesurer les conditions d'accès et à en évaluer la pertinence pour sa clientèle.»[30]

Le rôle du cégep est ici essentiel et fondamental notamment en ce qui a trait à l'ensemble des services de santé offerts à sa clientèle scolaire. Ce rôle consiste tout d'abord à évaluer la disponibilité et la pertinence de ces services en relation avec les besoins et les caractéristiques de sa clientèle. Ensuite, il tient à l'information que le cégep doit donner à sa clientèle sur ces services. Et le principe directeur qui fonde la réalisation de son rôle consiste à réunir les conditions environnementales globales favorisant aux élèves l'accès, la réussite et la poursuite de leur projet d'études.

3.4. Les ressources consacrées aux services de santé

L'enquête réalisée par la Fédération des cégeps fournit des renseignements récents et essentiels sur l'état des services de santé dans les cégeps du réseau. Dans la présente section, nous résumons certaines parties du rapport de recherche, puis nous présentons l'analyse que nous avons faite des données recueillies dans cette enquête.[31]

Quarante-trois cégeps visés ont répondu au questionnaire. Cependant, les données concernent généralement quarante-deux cégeps puisque le service de santé de l'un d'eux a été «aboli» il y a quelques années déjà.

Les données recueillies montrent que la plupart des cégeps disposent de locaux spécialisés et des équipements de base pour dispenser les services de santé.[32-33] Quant aux ressources financières consacrées aux services de santé, exclusion faite des salaires, les cégeps ont consacré, en 1989-1990, 122 409 $ alors que les CLSC dépensaient 7 975 $.[34]

Les services de santé relèvent dans 97,6 % des cas du service des affaires étudiantes des cégeps. Les services de santé dispensent leurs services aux élèves de l'enseignement ordinaire; sauf dans neuf cégeps où ceux de l'éducation permanente semblent également bénéficier de ces services (deux cégeps n'ont pas répondu à cette question). Toutefois, une partie de l'effectif scolaire de l'enseignement ordinaire ne semble pas avoir accès à ces services; ce sont les élèves fréquentant les antennes de certains cégeps. À ce sujet les auteurs du rapport concluent :

«... il appert que seuls les étudiants des principaux pavillons ont accès à des services de santé. En effet, sur sept collèges ayant indiqué qu'ils avaient des campus, 5 ont précisé que la population desservie était inférieure à la population totale du collège.»[35]

Même si les données ne permettent pas de quantifier l'ampleur du phénomène, elles démontrent clairement qu'il existe des disparités quant aux chances d'accès aux services de santé dans ces cégeps ayant des antennes dispensant des services éducatifs.

Dans quelle mesure les cégeps se donnent-ils des politiques pour encadrer la gestion des soins de santé dans leur établissement ? Les données recueillies montrent que sept cégeps se sont dotés «d'une politique de soins de santé au sens général du terme», treize «d'une politique de gestion des dossiers de santé» et trente-six, d'une politique de premiers soins.[36] Sur ce dernier point, mentionnons qu'en vertu du Guide pour assurer les services de santé, les services de premiers soins doivent être assumés par les cégeps.[37]

Le personnel infirmier constitue la principale catégorie de personnel professionnel assumant la responsabilité des soins de santé dans les cégeps. En effet, le personnel infirmier est présent dans quarante-deux des quarante-trois cégeps ayant participé à l'enquête. Le rapport précise :

«(dans) le tiers des établissements, elles (les infirmières) assument presque seules et en exclusivité le fonctionnement des services de santé, tandis que dans les deux tiers, elles partagent leurs tâches avec les médecins (41,9 %), les psychologues (48,8 %), les secouristes (27,9 %) et divers autres professionnels.»[38] (se reporter au Tableau XXXIII).

De plus, précisons que quatre cégeps bénéficient des services de deux personnes en soins infirmiers. Dans tous les cégeps, le personnel infirmier est rattaché et rémunéré par le CLSC ou le DSC de la région.

TABLEAU XXXIII: Personnel affecté aux services de santé des cégeps

CATÉGORIE DE PERSONNEL	NOMBRE DE PERSONNES	NOMBRE DE CÉGEPS	%
Infirmier	46	42	98
Psychologue	22	20	47
Médecin	19	18	42
Secouriste	..	12	28

Source : extrait du rapport Les services de santé dans les cégeps, tableau 3 p. 7.

Toutefois, le personnel dispensant les soins de santé ne travaille pas nécessairement à temps plein dans les cégeps; c'est même plutôt l'exception que la règle. Les données relatives aux heures travaillées révèlent, d'une part, une tendance à la baisse du nombre moyen d'heures travaillées dans les services de santé et, d'autre part, une disparité entre les cégeps quant au nombre total d'heures annuellement disponibles en soins de santé.

Ainsi, pour le personnel infirmier de l'ensemble des cégeps pour l'année 1989-1990, le nombre moyen hebdomadaire d'heures travaillées étaient de 28,95 pour une période de quarante-trois semaines, ce qui représente annuellement 1264 heures ou l'équivalent de quatre jours par semaine pendant dix mois. Ces données indiquent une baisse de 38 % par rapport à un «maximum historique» moyen pour lequel le nombre d'heures travaillées s'élevait à 44,29 heures par semaine durant 46 semaines pour un total annuel de 2037 heures (se reporter au Tableau XXXIV). Sur ce point, les auteurs du rapport concluent :

> «... non seulement le nombre des infirmières a baissé dans l'ensemble des collèges, mais (...) les services de santé évoluent de plus en plus, pour près de la moitié des établissements, vers du personnel à temps partiel plutôt qu'à temps plein. Soulignons, en ce sens, que cette baisse s'est manifestée dans 26 des 43 collèges répondants (60,5 %) et qu'elle s'est progressivement étalée tout au long des 10 dernières années.»[39]

Le nombre d'heures travaillées par les médecins a également diminué au cours des années. En 1989-1990 dans les dix-huit cégeps offrant les services d'un médecin, cette personne a travaillé en moyenne 6,56 heures par semaine pendant 33,09 semaines. Cela représente une baisse de 16 % relativement au «maximum historique» atteint alors que la personne travaillait en moyenne 8,87 heures par semaine pendant 29,35 semaines. Précisons «toutefois, (que) la baisse (ne) s'est manifestée que dans 5 des 18 collèges (où on offre les services d'un médecin) et on note (...) (une augmentation) dans 4 autres collèges.»[40]

La situation des psychologues quant au nombre d'heures travaillées est par ailleurs relativement stable selon les données de l'enquête. Cette catégorie professionnelle est présente dans vingt des quarante-trois cégeps et ces personnes ont travaillé, en moyenne au cours de l'année 1989-1990, 26,97 heures durant 43,93 semaines. Elles sont toutes rémunérées par les cégeps, sauf dans un cas, où la personne est rémunérée par le CLSC.[41]

TABLEAU XXXIV : Nombre moyen d'heures travaillées par le personnel de santé des cégeps.

	ANNÉE 1989-1990			MAXIMUM HISTORIQUE		
CATÉGORIE DE PERSONNEL	Heures/ semaine	Semaines/ année	Heures/ année	Heures/ semaine	Semaines/ année	Heures/ année
Infirmier	28,95	43,65	1264	44,29	46,00	2037
Médecin	6,56	33,09	217	8,87	29,35	260
Psychologue	26,97	43,83	1182	aucun changement		
Secouriste	30,95	34,89	1080	aucun changement		

Source : BOIS, Les services de santé dans les cégeps, op. cit., tableau 4 p. 8.

Les données sur les heures travaillées révèlent des écarts très importants entre les cégeps considérés selon l'importance de leur effectif scolaire et selon leur situation géographique (région ou milieu urbain). Ainsi, en 1989-1990, environ un cégep sur cinq consacrait moins de cinq cents heures annuellement aux soins infirmiers (se reporter au Tableau XXXV). La même proportion de cégeps consacrait entre cinq cents et mille heures aux soins infirmiers. Ajoutons enfin qu'un peu plus d'un cégep sur cinq consacrait entre mille et mille cinq cents heures et que près de deux cégeps sur cinq en consacraient davantage. Notons que mille heures représentent environ vingt-neuf semaines de trente-cinq heures et que mille cinq cents heures représentent environ quarante-trois semaines de même durée.

Comment se répartissent les heures annuellement travaillées en soins infirmiers entre les cégeps ? Nous allons analyser cette répartition selon deux variables : l'importance de l'effectif scolaire des cégeps et la région d'appartenance.

L'analyse de la répartition du total annuel d'heures consacrées aux soins infirmiers selon l'importance de l'effectif scolaire montre que les petits cégeps et ceux de moyenne importance consacrent globalement et proportionnellement moins d'heures aux soins infirmiers que les grands cégeps.[42] Ainsi, en 1989-1990, les grands cégeps, 33 % de l'échantillon des cégeps ayant participé à l'enquête réalisée par la Fédération des cégeps, disposaient de 48 % du nombre total d'heures consacrées au soins infirmiers dans le réseau (se reporter au Tableau XXXVI). Les petits cégeps, 25 % de l'échantillon, disposaient pour leur part de 17 % des heures alors que les cégeps de moyenne importance, 42 % de l'échantillon, disposaient de 36 % du total des heures consacrées aux soins infirmiers dans le réseau des cégeps.

TABLEAU XXXV : Répartition des cégeps en nombre et en pourcentage selon le nombre d'heures travaillées en 1989-1990 par le personnel infirmier.

NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES	NOMBRE DE CÉGEPS	%
Moins de 505 heures	7	19
De 506 à 1010 heures	7	19
De 1011 à 1505 heures	8	22
Plus de 1506 heures	14	39
TOTAL	36	99

Source : données de l'enquête sur les services de santé. Les calculs et la présentation du tableau sont de nous. Notons que le nombre d'heures minimum consacrées aux soins infirmiers est de 196 et le maximum est de 3698. La moyenne est de 1308 heures annuellement et la médiane est de 1217 heures.

TABLEAU XXXVI : Répartition des cégeps selon l'importance de leur effectif scolaire et selon le nombre total d'heures travaillées en 1989-1990 par le personnel infirmier.

IMPORTANCE SELON L'EFFECTIF SCOLAIRE	NOMBRE DE CÉGEPS	%	NOMBRE TOTAL D'HEURES TRAVAILLÉES ANNUELLEMENT	%
Moins de 1500	9	25	7 850	17
De 1500 à 3499	15	42	16 810	36
Plus de 3500	12	33	22 434	48
TOTAL	36	100	47 093	101

Source : données de l'enquête sur les services de santé. Les calculs et la présentation du tableau sont de nous.

L'analyse de la répartition du total annuel d'heures consacrées aux soins infirmiers révèle également des écarts entre l'importance relative des cégeps répartis selon quatre régions et le nombre d'heures que ceux-ci consacrent aux soins infirmiers. Aux fins de l'analyse, les cégeps sont répartis selon les quatre régions suivantes : la zone 1, région de Montréal et de Québec; la zone 2, région du centre du Québec; la zone 3, régions périphériques aux grands centres urbains; et enfin, la zone 4, les régions éloignées des centres urbains (se reporter à la note du Tableau XXXVII). Les cégeps situés dans les zones urbaines de Montréal et de Québec ont disposé de 64 % du nombre total d'heures disponibles consacrées aux soins infirmiers (se reporter au Tableau XXXVII). Par ailleurs, les cégeps de cette zone représentent 49 % (N=45) des cégeps du réseau alors qu'ils représentaient 53 % (N=43) des cégeps ayant participé à l'enquête de la Fédération. Ceux de la région du centre du Québec, 25 % (N=43) de l'échantillon, disposaient pour leur part de 18 % du total d'heures consacrées aux soins infirmiers. Les cégeps des régions périphériques quant à eux ne présentent pas d'écart entre leur importance relative dans le réseau et le nombre d'heures consacrées aux soins infirmiers (14 % (N=43 cégeps) et 15 % (N=47 093 heures travaillées)). Par contre, ceux des régions éloignées, 8 % (N=43) de l'échantillon, n'ont disposé que de 3 % du nombre total d'heures consacrées aux soins infirmiers dans le réseau des cégeps en 1989-1990. Rappelons ici que ces cégeps comptent pour 11 % des cégeps du réseau (N=45) (se reporter au Tableau XXXVIII). Signalons également que la totalité des cégeps des zones 3 et 4 sont de petits et moyens cégeps, donc ont un effectif scolaire inférieur à 3500 élèves. La zone 4 (centre du Québec) compte cinq cégeps dont l'effectif scolaire est inférieur à 1500 élèves et cinq autres dont l'effectif est supérieur à ce nombre. Les régions urbaines de Montréal et de Québec (zone 1) ne comptent pour leur part aucun cégep dont l'effectif est inférieur à 1500 élèves. Cette zone comprend par ailleurs dix cégeps de moyenne importance et douze grands cégeps.

De ce qui précède il ressort que les petits cégeps et ceux de moyenne importance consacrent annuellement, en relation avec leur importance relative dans le réseau des cégeps, moins d'heures en soins infirmiers que les grands cégeps. En outre, les cégeps des régions périphériques et ceux de la région du centre du Québec consacrent, proportionnellement, moins d'heures aux soins infirmiers que leur importance relative dans le réseau. L'on observe la situation inverse dans les régions urbaines de Montréal et de Québec. Pour leur part, les régions périphériques aux grands centres urbains ne présentent pas d'écart entre leur importance relative dans le réseau et leur part relative des heures consacrées aux soins infirmiers dans le réseau des cégeps.

TABLEAU XXXVII : Répartition des cégeps selon la région et selon le total d'heures travaillées en 1989-1990 par le personnel infirmier.

RÉGION***	NOMBRE DE CÉGEPS	%	TOTAL D'HEURES TRAVAILLÉES ANNUELLEMENT	%
Montréal et Québec	19	53	30 281	64
Centre du Québec	9	25	8 649	18
Régions périphériques aux centres urbains	5	14	6 863	15
Régions éloignées	3	8	1 300	3
TOTAL	36	100	47 093	100

Source : données de l'enquête sur les services de santé. Les calculs et la présentation du tableau sont de nous.

*** RÉPARTITION DES CÉGEPS SELON LES RÉGIONS

ZONE 1, Région de Montréal et de Québec : Ahuntsic, André-Laurendeau, Bois-de-Boulogne, Dawson, Champlain, Édouard-Montpetit, John-Abbott, Lionel-Groulx, Maisonneuve, Montmorency, Rosemont, Saint-Hyacinthe, Saint-Jean-sur-Richelieu, Saint-Jérôme, Saint-Laurent, Valleyfield, Vanier, Vieux Montréal, F.-X.-Garneau, Lévis-Lauzon, Limoilou, Sainte-Foy.

ZONE 2, Région du centre du Québec : Granby, Joliette, Sorel-Tracy, Drummondville, La Pocatière, Région de l'Amiante, Shawinigan, Sherbrooke, Trois-Rivières, Victoriaville.

ZONE 3, Régions périphériques aux centres urbains : Alma, Chicoutimi, Jonquière, Outaouais, Rimouski, Rivière-du-Loup, Saint-Félicien, Héritage.

ZONE 4, Régions éloignées : Abitibi-Témiscamingue, Baie-Comeau, Gaspésie et des Îles, Matane, Sept-Îles.

TABLEAU XXXVIII : Répartition des cégeps du réseau et de ceux ayant participé à l'enquête de la Fédération des cégeps en 1989-1990 selon les régions.

RÉGION	RÉSEAU		ÉCHANTILLON	
	N	%	N	%
Montréal et Québec	22	49	22	51
Centre du Québec	10	22	10	23
Régions périphériques aux centres urbains	8	18	7	16
Régions éloignées	5	11	4	9
TOTAL	45	100	43	99

L'analyse précédente se fonde sur le total d'heures consacrées aux soins infirmiers en rapport avec le nombre de cégeps ou d'établissements différents. Cette analyse reflète une partie seulement de la réalité. Elle laisse par ailleurs dans l'ombre un aspect tout aussi important soit le temps disponible en soins infirmiers par élève. Nous allons donc dans les paragraphes qui suivent analyser les données sur le nombre d'heures travaillées aux soins infirmiers en fonction du nombre d'élèves bénéficiant de ces services. Nous avons pour ce faire construit un indice reflétant le nombre d'heures de soins infirmiers disponibles théoriquement pour chaque élève. Cet indice permet de comparer chaque heure de service en soins infirmiers dans chacun des cégeps.

Nous avons dans un premier temps construit un tel indice pour illustrer la répartition des heures de services en soins infirmiers pour les quatre régions décrites précédemment (se reporter au Tableau XXXIX). Nous avons tout d'abord fait la somme de l'effectif scolaire des cégeps de chacune des zones (A), nous avons ensuite divisé le total d'heures travaillées (B) par l'effectif scolaire total (B/A). Nous attribuons ensuite l'indice 100 à la zone 1, laquelle correspond aux régions urbaines de Montréal et de Québec. Nous constatons alors que les cégeps des zones 2 et 3 disposent de plus d'heures de service en soins infirmiers par élève que ceux de la zone de référence puisque leur indice sont respectivement de 114 et 144. Par contre, celui de la zone 4, les régions éloignées, est légèrement inférieur à celui de la zone de référence.

TABLEAU XXXIX : Répartition de l'effectif scolaire total des 36 cégeps ayant répondu à la question sur le nombre d'heures consacrées aux soins infirmiers et du total d'heures consacrées aux soins infirmiers selon les régions.

RÉGION	A EFFECTIF SCOLAIRE	B HEURES TRAVAILLÉES	B/A	INDICE
Montréal et Québec	72 902	30 281	0,415	100
Centre du Québec	18 297	8 649	0,473	114
Régions périphériques aux centres urbains	11 479	6 863	0,598	144
Régions éloignées	3 200	1 300	0,406	98
TOTAL	105 881	47 093	0,445	107

Source : données de l'enquête sur les services de santé. Les calculs et la présentation du tableau sont de nous.

La construction d'un indice similaire en fonction de l'importance de l'effectif scolaire de chacun des cégeps met en évidence un phénomène très intéressant. L'indice de référence (100) est attribué aux cégeps dont l'effectif scolaire est supérieur à 3500 élèves (se reporter au Tableau XL). Il en ressort que les cégeps de moyenne importance (indice 132) et les petits cégeps (indice 211) disposent de plus d'heures de service en soins infirmiers par élève notamment les petits cégeps où cette proportion est deux fois plus élevée.

TABLEAU XL : Répartition de l'effectif scolaire total des 36 cégeps ayant répondu à la question sur le nombre d'heures consacrées aux soins infirmiers et du total d'heures consacrées aux soins infirmiers selon l'importance de l'effectif scolaire.

IMPORTANCE SELON L'EFFECTIF SCOLAIRE	A EFFECTIF SCOLAIRE	B HEURES TRAVAILLÉES	B/A	INDICE
Moins de 1500	10 110	7 850	0,776	211
De 1500 à 3499	34 643	16 810	0,485	132
Plus de 3500	61 128	22 434	0,367	100
TOTAL	105 881	47 093	0,445	121

Source : données de l'enquête sur les services de santé. Les calculs et la présentation du tableau sont de nous.

En résumé, les résultats tirés de l'enquête de la Fédération des cégeps et ceux découlant de notre analyse des données sur les heures travaillées en soins infirmiers montrent l'existence de disparités entre les cégeps quant au nombre total d'heures disponibles par établissement selon la région et selon l'importance de l'effectif scolaire. En effet, les grands cégeps semblent favorisés, de même que ceux des régions urbaines de Québec et de Montréal, alors que ceux des régions éloignées le seraient moins. Par ailleurs, lorsque l'analyse porte sur le nombre d'heures disponibles en soins infirmiers par élève, on observe que les petits cégeps semblent avantagés.

Les services de santé des cégeps font également appel à des ressources extérieures afin d'offrir aux élèves certains services conseils spécialisés. Les auteurs du rapport sur «les services de santé dans les cégeps» précisent :

> «(Les cégeps) utilisent généralement, à cet effet, les autres programmes des *CLSC*, particulièrement ceux qui sont dédiés à la jeunesse, ainsi que les compétences de divers organismes comme la *RAAQ*, Suicide-Action, *MTS*-secours, Alcooliques anonymes, etc.»[3]

Ces organismes consacrent annuellement dans l'ensemble des cégeps environ 940 jours à des activités d'information et de sensibilisation sur des thèmes comme la sexualité, la santé mentale, la nutrition, les toxicomanies, etc. (se reporter au Tableau XLI). La thématique de la sexualité (contraception et MTS) vient en tête de liste avec près de 40 % des interventions suivie par celle en santé mentale (15,1 %). La catégorie «autre» recouvre les thématiques comme les accidents d'automobile, la violence, la criminalité, le dépistage des problèmes visuels, les maladies contractées en voyage, la réanimation, le secourisme, la Croix-Rouge, etc.»

TABLEAU XLI : Répartition des thématiques d'intervention en santé des organismes extérieurs aux cégeps

THÈME DE L'INTERVENTION	NOMBRE	%
CONTRACEPTION	202	21,5
MTS	170	18,1
SANTÉ MENTALE	142	15,1
AUTRE	126	13,4
SUICIDE	75	8,0
ALCOOLISME	70	7,5
NUTRITION	66	7,0
TOXICOMANIE	59	6,3
HYGIÈNE DENTAIRE	29	3,1
TOTAL	939	100,0

Source : BOIS, Yvon et R. DUCHARME, Les services de santé dans les cégeps, op. cit., figure 5 p. 19.

Bien que le nombre moyen de jours par cégep soit de 25 interventions annuelles d'organismes extérieurs, cette moyenne traduit mal la réalité, selon les auteurs du rapport, puisque «...quatre collèges se font les champions de ce type d'invitations, y consacrant plus de soixante jours chacun, alors que 18 collèges en consacrent moins d'une dizaine.»[43] Par ailleurs, l'analyse de la répartition des cégeps en fonction du nombre d'activités réalisées par chacun met en évidence la même disparité. Précisons en premier lieu que sept cégeps n'ont déclaré aucune activité faisant appel à des ressources extérieures (se reporter au Tableau XLII). Par ailleurs, 21 cégeps (49 %) ont réalisé en moyenne de une à quatre activités pour un total de 61 activités (38 %). Enfin, 15 cégeps (35 %) ont réalisé en moyenne de 5 à 8 activités (nombre maximum) pour un total de 99 activités, ce qui représente 62 % de toutes les activités déclarées.

TABLEAU XLII : Répartition des activités d'information et autres dans les cégeps en relation avec les thématiques de santé et réalisées par des personnes-ressources extérieures

NOMBRE D'ACTIVITÉS PAR CÉGEP	NOMBRE DE CÉGEPS		NOMBRE TOTAL D'ACTIVITÉS	
	Nombre	%	Nombre	%
AUCUNE ACTIVITÉ	7	16	0	0
1 À 4	21	49	61	38
5 À 8 (maximum)	15	35	99	62
TOTAL	43	100	160	100

Source : données de l'enquête sur les services de santé. Les calculs et la présentation du tableau sont de nous.

De plus, les services de santé distribuent annuellement de grandes quantités de documents d'information. Ces documents émanent de différentes sources dont, entre autres, les cégeps :

> «Plusieurs de ces documents émanent des CLSC, du ministère de la Santé et des Services sociaux ou du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science, comme nous l'ont précisé un grand nombre de répondants. Toutefois, la productivité des collèges, en cette matière, est loin d'être à dédaigner. Pas moins de 88 documents ont ainsi été produits dans le *réseau collégial* sous forme de brochures, dépliants, guides, pochettes, livres, manuels, etc.»[46]

Par ailleurs, il faut souligner qu'un certain nombre seulement de cégeps ont déclaré avoir produit du matériel didactique. Ainsi, la production des documents écrits (83 documents) a été réalisée par 24 cégeps seulement.[47] Parmi ceux-ci, 18 (18/24 = 75 %) ont réalisé 38 des 83 documents (46 %), alors que 6 cégeps (25 %) ont réalisé 45 documents (54 %) soit plus de la moitié de la production totale.

En étudiant ces données sur les ressources consacrées aux services de santé dans les cégeps, il y a lieu de croire que les milieux de la santé et de l'enseignement considèrent ces services nécessaires à la formation de l'élève. Voyons maintenant les services dont les élèves bénéficient actuellement dans les cégeps.

3.5. Les services rendus aux cégépiennes et aux cégépiens en matière de santé

Le dernier point traité dans ce chapitre concerne la nature des interventions des services de santé. En d'autres termes, les principaux modes d'intervention utilisés par les services de santé et les principales thématiques de santé traitées dans ces activités. Les documents produits par les services de santé des cégeps, le plan de travail ou le bilan des activités sont ici d'une aide partielle.[1] Nous avons donc analysé le contenu de ces documents selon la procédure décrite ici. L'information de ces documents fut codée selon deux critères : le premier critère renvoie au mode d'intervention et le second au thème abordé dans l'activité. Les différents modes d'intervention sont regroupés en cinq catégories : la promotion et la prévention, la sécurité, l'immunisation, la consultation individuelle et enfin, la catégorie autre. Un mode d'intervention renvoie pour sa part à de multiples activités différentes ou groupes d'activités. À titre d'exemple, le mode d'intervention «promotion et prévention» de la santé peut se concrétiser par des conférences, une projection de films, l'affichage, des kiosques d'information, de l'animation de groupe, une pièce de théâtre, la rédaction d'articles, etc. L'ensemble des activités menées sous une thématique donnée, par exemple, celle de l'alimentation, en promotion et prévention, forme un groupe d'activités.

Nous avons regroupé sous «promotion et prévention» en santé toutes les activités d'information, de dépistage ou autres dont l'objectif est l'amélioration de la qualité de vie des personnes par l'adoption de saines habitudes de vie. Les 25 cégeps font tous des interventions axées sur la promotion et la prévention de la santé (se reporter au Tableau XLIII). Ces interventions totalisent 153 groupes d'activités subdivisés en huit catégories thématiques (sexualité, alimentation, santé mentale, alcool et conduite automobile, santé globale, tabagisme, autre, toxicomanie) (se reporter au Tableau XLIV).

TABLEAU XLIII : Répartition des modes d'intervention en santé dans 25 cégeps

THÈMES	NOMBRE DE CÉGEPS	GROUPE D'ACTIVITÉS
PROMOTION ET PRÉVENTION	25	153
SÉCURITÉ	18	29
IMMUNISATION	17	17
CONSULTATIO N INDIVIDUELLE	13	13
AUTRE	10	11
TOTAL	–	223

TABLEAU XLIV : Répartition des thématiques en promotion de la santé et en prévention dans 25 cégeps

THÈMES	NOMBRE DE CÉGEPS	GROUPE D'ACTIVITÉS
SEXUALITÉ : CONTRACEPTION MTS ET SIDA	21	38
ALIMENTATION	18	18
SANTÉ MENTALE	17	30
ALCOOL ET CONDUITE AUTOMOBILE	16	16
SANTÉ GLOBALE	13	19
TABAGISME	10	10
AUTRE	10	13
TOXICOMANIE	9	9
TOTAL	–	153

En promotion et prévention, la principale thématique d'intervention c'est la sexualité (contraception, MTS, SIDA) (se reporter au tableau XLIV). En effet, 21 cégeps y organisent 38 groupes d'activités. Vient ensuite celle de l'alimentation recensée dans 18 cégeps. Celle de la santé mentale suit au troisième rang avec 17 cégeps. Ces trois premières thématiques sont présentées dans une proportion de sept cégeps ou plus sur dix. Viennent ensuite les thématiques de l'alcool et la conduite automobile et la santé globale qui sont traitées dans une proportion de cinq à six cégeps sur dix. Enfin, les trois dernières thématiques sont présentées dans une proportion de quatre cégeps sur dix, ce sont : le tabagisme, la catégorie autre et la toxicomanie.

Compte tenu de l'importance de la thématique de la santé mentale nous l'avons subdivisée en cinq sous-thématiques. Ces sous-thématiques de la santé mentale sont abordées sous le mode d'intervention, promotion et prévention, sur la base des éléments suivants : l'information, le stress, la communication entre les personnes, l'intégration des nouveaux élèves et le suicide (se reporter au Tableau XLV). Des activités d'information sont menées dans 8 cégeps autour de la thématique générale de la santé mentale. Le stress (stress causé par les examens, etc.) fait l'objet d'activités dans six cégeps. Un même nombre de cégeps organisent des activités pour favoriser la communication entre les personnes. La semaine du 14 février, celle de la Saint-Valentin, sert parfois de prétexte pour inciter les personnes à se parler, mais surtout à s'écrire de petits mots pour se dire combien «on s'aime», «on s'apprécie», etc. Pour aider la cause ou plus exactement la communication, les services de santé distribuent, dans certains cégeps, des cartes de souhaits sur lesquelles les élèves peuvent écrire et faire parvenir leur missive. Les activités d'intégration des nouveaux élèves ont été recensées comme activités particulières dans 5 cégeps. L'une des activités privilégiées ici consiste à participer à l'accueil des nouveaux arrivants au début de chaque trimestre. En outre, cette activité permet de faire connaître les services de santé du cégep. Le suicide est une thématique abordée dans 5 cégeps. Les activités visent généralement à sensibiliser les élèves à cette réalité et parfois à leur fournir les moyens de reconnaître chez une personne les indices d'un appel à l'aide.[49]

TABLEAU XLV : Répartition des thématiques en santé mentale dans 25 cégeps

SOUS-THÈMES	NOMBRE DE CÉGEPS	GROUPE D'ACTIVITÉS
INFORMATION	8	8
STRESS	6	6
COMMUNICATION ENTRE LES PERSONNES	6	6
INTÉGRATION DES NOUVEAUX ÉLÈVES	5	5
SUICIDE	5	5
TOTAL	—	30

Les interventions en «sécurité» regroupent tout ce qui concerne les premiers soins et les trousses de premiers soins. Les 18 cégeps recensés ont réalisé 29 groupes d'activités à ce chapitre (se reporter au Tableau XLIV). Celles-ci touchent la vérification et la mise à jour des trousses de premiers soins. Ces activités portent également sur la création d'équipes de secouristes, la formation des membres, le recrutement de nouveaux membres, etc.

Un autre mode d'intervention des services de santé tient aux activités d'«immunisation» des élèves considérés à risque. Ces élèves sont généralement inscrits dans des techniques de santé ou d'autres techniques dont les activités les mettent en contact avec des personnes susceptibles d'être porteuses de germes infectueux. Ce mode d'intervention a été mentionné par 17 cégeps.

Le mode d'intervention «consultation personnelle» regroupe l'ensemble des activités d'aide et de soins propres aux soins infirmiers. Il a été mentionné dans 13 rapports d'activités ou plans de travail. De prime abord, il peut paraître surprenant qu'il n'apparaisse pas dans tous les rapports. Toutefois, il faut préciser que ce groupe d'activités est parfois inclus dans les activités de prévention ou, tout simplement, il fait partie de la programmation sans être mentionné.

Enfin la catégorie «autre» du tableau regroupe principalement des activités de collecte de sang, de collecte d'information, de rédaction de document sur la santé et de formation.[30]

Quel sens pouvons-nous donner à l'analyse des activités des services de santé des cégeps ? Un premier constat s'en dégage : les activités de promotion et de prévention occupent le premier rang. Le deuxième constat concerne les thématiques abordées dans les activités d'intervention : premièrement, elles recoupent les principaux problèmes de santé décrits à la section précédente

de ce document et, deuxièmement, elles concordent avec les résultats de l'enquête menée par la Fédération des cégeps sur les services de santé. La compréhension des notions de «promotion» et de «prévention» est ici essentielle pour bien saisir la portée de ces activités, à court et à long termes pour les élèves.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), définit les notions de promotion et de prévention de la manière suivante :

> «La promotion de la santé est un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et, de ce fait, d'améliorer la santé»
>
> «La prévention primaire cherche à empêcher l'apparition de la maladie ou du problème, en élaborant des stratégies pour réduire des facteurs de risque ou accroître des facteurs diminuant la prédisposition à la maladie».[51]

La notion de promotion renvoie ici à un processus permettant à l'individu ou à la collectivité d'exercer un meilleur contrôle sur les déterminants de la santé. Ce dernier point est fondamental puisque le Rapport Lalonde, dont nous rappelons les résultats à la section précédente de ce document, a mis en évidence l'incidence des habitudes de vie sur l'état de santé des personnes. Or, les activités de promotion de la santé réalisées par les services de santé visent justement à modifier certaines habitudes de vie, chez les élèves ou certains groupes cibles, ayant une incidence négative à court ou à long termes sur la santé de ces personnes. Ces activités de promotion visent, entre autre choses, à sensibiliser et à informer afin d'inciter les personnes à modifier certains comportements à risque et à adopter des comportements préventifs. Il s'agit en quelque sorte d'une éducation aux bonnes habitudes de vie ou dit autrement, il s'agit d'une éducation à la santé.

Cette notion d'éducation à la santé, par des activités de promotion, nous apparaît fondamentale pour une autre raison, liée cette fois aux caractéristiques psycho-sociales des jeunes personnes auxquelles elles sont destinées. Celles-ci vivent, en effet, une période cruciale de leur développement psycho-social. Que cette période soit perçue comme étant une «transition» entre l'adolescence et l'âge adulte ou comme une «période» essentielle de la vie comme le sont l'enfance et l'âge adulte, il n'en demeure pas moins que tous les spécialistes de la question s'entendent pour dire qu'elle est riche en apprentissages essentiels pour le devenir de la jeune personne.

D'ailleurs, les intervenantes et les intervenants dans les services de santé des cégeps voient leur rôle comme étant celui d'éducateur et d'éducatrice dans le domaine de la santé c'est-à-dire de la vie au quotidien. Il nous apparaît donc important de mentionner ce fait et surtout de l'illustrer par des extraits de textes tirés de rapports annuels produits par les infirmières et les infirmiers des CLSC rattachés aux services de santé des cégeps. Les extraits retenus expriment en termes clairs ce qui peut être lu en filigrane dans l'ensemble des rapports dont nous avons effectué une analyse de contenu. Une question nous apparaît donc fondamentale : comment conçoit-on son

rôle d'intervenante et d'intervenant en santé auprès des élèves ? Voici deux réponses qui, d'après les données analysées, seraient partagées par la très vaste majorité des personnes oeuvrant dans ce milieu.

Un premier intervenant écrit :

> «**Mon objectif est** : de sensibiliser et d'assister l'étudiant à se préoccuper de sa santé afin qu'il acquière de saines habitudes de vie (...) **J'interviens comme** : travailleur de rue (corridor) : je participe aux activités étudiantes (party...) afin de mieux connaître les étudiants et me faire connaître, déceler leurs besoins, être à leur écoute, établir de bons contacts...; consultant : informations générales, aide aux étudiants dans certains travaux scolaires et l'apprentissage, distribution de documentation aux élèves, consultation individuelle ou de groupe sur l'alimentation, l'anxiété, le stress, la contraception, la sexualité, la grossesse, l'avortement, les M.T.S., les drogues, le tabac, l'alcool, le suicide, autres...; intervenant...; animateur en prévention santé...; organisateur...; contrôleur des immunisations...; secourisme général...; rapports d'accidents...; etc.»[32]

Une autre intervenante précise la dimension éducative de son intervention auprès des jeunes :

> «... pour assumer les divers rôles que doit jouer une infirmière en santé collégiale, personne conseil en matière de santé globale, agente d'information, qui tente au même titre que tous les intervenants du collège de soutenir le projet éducatif des cégépiens et des cégépiennes, il m'a fallu composer avec le temps et travailler en concertation avec les autres intervenants du milieu. (Intervention, dont les visées sont à court terme (dépistage) et à long terme (comportements)) J'ai partagé mes efforts entre trois types d'activités importantes et complémentaires, soient : la consultation individuelle, les rencontres de groupes et les interventions de masse. Ces interventions ont pour but de faire changer des comportements, de favoriser le dépistage de problèmes et renforcer l'entraide des étudiants entre eux. Pour ces activités, je ne veux (pas) passer sous silence la collaboration d'organismes extérieurs qui travaillent dans le même but : le MSSS (campagne provinciale des MTS) la RAAQ (alcool au volant) etc... (Intervention, qui doit tenir compte des caractéristiques psycho-sociales de ces jeunes) Ma présence dans le milieu étant diminuée de beaucoup (réduite à deux jours et demi par semaine), j'ai réalisé que c'est très difficile de rendre accessible et adéquat un service aux étudiants quand pour eux le besoin est «ici et maintenant», non sur rendez-vous comme je leur proposais. Malgré tout, ils s'y sont familiarisés.»[33]

L'élément clé, pour une intervention efficace auprès des jeunes, semble donc consister à les connaître et à gagner leur confiance.

De plus, les intervenantes et les intervenants placent au centre de leur préoccupation les connaissances des besoins des jeunes et la nécessité d'y répondre adéquatement. D'où l'importance accordée au contact avec les élèves dans leur milieu de vie, soit au cégep. La relation d'aide est donc l'une des dimensions importantes de l'intervention thérapeutique auprès de ces jeunes. Les rencontres individuelles constituent des moments privilégiés de cette relation d'aide. Et l'écoute y est un élément fondamental. L'extrait qui suit met en relief l'importance de l'écoute pour les élèves des cégeps :

> «Plus nous sommes présents dans nos milieux, plus grande est l'utilisation de nos services». L'entrevue individuelle occupe une place prépondérante dans le fonctionnement du service. Il est essentiel de maintenir un climat d'accueil, des attitudes positives et une écoute active constante. La relation d'aide et la communication, quoique non quantifiables, sont primordiales. L'entrevue individuelle, de plus, est personnalisée, plus proche du vécu de l'étudiante et de l'étudiant, avec des réponses plus adaptées, un suivi plus facile, des informations plus intégrées.
>
> L'entrevue individuelle, surtout lors de verbalisation et de ventilation de problèmes vécus par les étudiantes et les étudiants, n'est peut-être pas une intervention spectaculaire (elle est plutôt dans l'ombre), mais elle rejoint essentiellement le besoin numéro 1 des étudiantes et des étudiants : LE BESOIN D'ÊTRE ÉCOUTÉ. Ce besoin d'être écouté est la conclusion du groupe SORECOM qui a mené une enquête dans l'ensemble des cégeps du Québec. À cause de son importance primordiale, voici l'énoncé textuel de la conclusion SORECOM : «Ces observations étant faites et les tendances étant dégagées, nous avançons l'hypothèse que le besoin fondamental des jeunes que nous avons interrogés serait de se sentir écouté par quelqu'un».
>
> Certes, les interventions spectaculaires et les projets d'envergure apparaissent «bons pour l'image du service», mais la disponibilité et l'écoute apparaissent très essentielles dans le contexte actuel.»[34]

L'essence de ce qui précède nous amène à formuler les constats suivants : d'une part, l'analyse des rapports des services de santé de 25 cégeps montre l'importance des activités de promotion en santé, de prévention et des consultations individuelles. D'autre part, les quelques extraits de ces rapports font ressortir l'importance que les intervenantes et les intervenants en santé accordent à ces activités. Ces extraits mettent également en évidence l'importance de la présence de ces personnes dans le quotidien des élèves pour établir cette relation de confiance sans laquelle la relation d'aide peut difficilement être établie.

NOTES

1. GAULIN, Jean-Guy, Le rôle des services aux étudiants dans les collèges, Québec, Cégep François-Xavier-Garneau, 1988, p. 2.

2. ROYER, Nicole, Un «brin» d'histoire..., Rivière-du-Loup, Cégep de Rivière-du-Loup, avril 1988, p. 1.

3. Loc. cit.

4. Ibid., p. 2.

5. Loc. cit.

6. Les services de santé offerts par les commissions scolaires furent également ramenés sous l'autorité du MAS.

7. QUÉBEC, Ministère de l'Éducation, Guide pour assurer les services de santé aux élèves des commissions scolaires et aux étudiants des collèges d'enseignement général et professionnel, Québec, ministère de l'Éducation et le ministère des Affaires sociales, 1981 (éd. révisée), 15 p. annexes.

8. QUÉBEC, Ministère de l'Éducation, Guide pour assurer les services de santé aux élèves des commissions scolaires et aux étudiants des collèges d'enseignement général et professionnel, Québec, ministère de l'Éducation et le ministère des Affaires sociales, 1981 (éd. révisée), p. 2.

9. Loc. cit.

10. Ce droit est également reconnu dans l'entente signée en 1990 entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation relativement aux services destinés aux jeunes d'âge scolaire handicapés ou en difficulté d'apprentissage. En effet, au chapitre des fondements légaux de l'entente on peut lire : «Attendu qu'en vertu de l'article 2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-5), le ministre exerce les pouvoirs que lui confère la loi de façon à rendre accessibles à toute personne les services de santé et les services sociaux, y compris la prévention et la réadaptation; (et) Attendu qu'en vertu de l'article 4 de cette loi, toute personne a droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée, compte tenu de l'organisation et des ressources des établissements qui dispensent ces services». Source : QUÉBEC, Ministère de l'Éducation du Québec, Entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation du Québec relativement aux services destinés aux jeunes d'âge scolaire handicapés ou en difficulté d'adaptation, Québec, ministère de l'Éducation du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, p. 14.

11. Nous reproduisons en annexe certaines parties du texte de l'entente (se reporter à l'annexe 5).

12. Ibid., p. 5.

13. Les numéros renvoient aux articles correspondants de l'entente. Le texte des articles est reproduit à l'annexe 5.

14. BOIS, Yvon, et Robert Ducharme, Les services de santé dans les cégeps : résultats du questionnaire sur les services de santé dans les cégeps (document de travail), s.l., Comité sur la santé de la Fédération des cégeps, 15 mai 1990, 30 p. annexes.

15. QUÉBEC, Ministère de l'Éducation, Guide pour assurer les services de santé aux élèves des commissions scolaires et aux étudiants des collèges d'enseignement général et professionnel, Québec, ministère de l'Éducation et le ministère des Affaires sociales, 1981 (éd. révisée), p. 11.

16. Op. cit., p. 28.

17. Loc. cit.

18. Op. cit. p. 64.

19. Guide pour assurer . . ., Ibid., p. 13.

20. Ibid., p. 13-14.

21. Loc. cit.

22. Ibid., p. 28-29.

23. GAULIN, op. cit., p. 3.

24. QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les services des affaires étudiantes dans les collèges, document d'orientation, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial, mars 1985, p. 19.

25. Loc. cit.

26. «Ainsi donc, un examen sommaire de la condition générale de la vie étudiante permet d'identifier cinq types de besoins de l'élève. Les premiers sont directement en rapport avec son cheminement scolaire et son apprentissage; d'autres touchent davantage à son développement personnel et social; certains encore ont un caractère essentiel et rejoignent les besoins fondamentaux de tout individu; plusieurs ont trait à l'environnement dans lequel l'élève est appelé à vivre et à travailler; les derniers enfin renvoient à la place qu'il souhaite tenir dans la vie pédagogique et sociale de son milieu.» Ibid., p. 20-21.

27. Ibid., p. 49.

28. D'ailleurs, comme nous le verrons au chapitre suivant, la conception de la santé fondée sur l'aide à l'individu pour favoriser son adaptation à son milieu, implique pour celui-ci une action plus importante de sa part. En effet, l'individu ne reçoit pas passivement des services de santé, mais participe à la mise en place des conditions propres à l'amélioration de sa qualité de vie et de sa santé globale.

29. Ibid., p. 50.

30. Loc. cit.

31. BOIS, Yvon, et Robert DUCHARME, Les services de santé dans les cégeps : résultats du questionnaire sur les services de santé dans les cégeps (document de travail), s.l., Comité sur la santé de la Fédération des cégeps, 15 mai 1990, 30 p. annexes.

32. Ibid., p. 24.

33. Ibid., p. 25.

34. Ibid., p. 27.

35. Ibid., p. 5.

36. Ibid., p. 6.

37. Guide pour assurer les services de santé ..., p. 8.

38. BOIS, Y., et R. DUCHARME, Les services de santé dans les cégeps, p. 7.

39. Ibid., p. 8-9.

40. Loc. cit.

41. Loc. cit.

42. Les cégeps sont répartis selon trois catégories : ceux dont l'effectif scolaire est inférieur à 1500 élèves (petits cégeps), ceux dont l'effectif se situe entre 1500 et 3499 (cégeps de moyenne importance) et, enfin, ceux dont l'effectif est supérieur à 3500 (les grands cégeps).

43. BOIS, op. cit., p. 18.

44. Ibid., p. 19. Précisons que la notion de jour varie de 3 à 6 heures selon le répondant.

45. Ibid., p. 18.

46. Ibid., p. 26.

47. Nous avons effectué les calculs à partir de l'information contenue à l'annexe 3 du rapport.

48. Nous disposons du plan de travail (11) ou du bilan annuel des activités (14) des services de santé de 25 cégeps. Cela représente 56 % des 45 cégeps du réseau. Nous avons effectué une analyse thématique à partir des informations fournies dans ces documents. Certes, cette analyse ne rend pas entièrement justice à la richesse de l'information contenue dans ceux-ci. Cependant, cette méthode nous apparaît tirer partie d'un aspect important de celle-ci soit, d'une part, les thèmes d'intervention des services de santé et, d'autre part, leurs modes d'intervention. La principale difficulté rencontrée tient au caractère non uniforme de la présentation des rapports; certains sont très détaillés alors que d'autres sont plus succincts. Nous pensons par ailleurs que le traitement que nous en avons fait nous permet de dresser un portrait assez précis quant aux thématiques de santé abordées dans les 25 cégeps dont nous avons analysé le document. En outre, la concordance des résultats de l'enquête de la Fédération des cégeps sur les services de santé et ceux de cette analyse thématique nous permettent d'affirmer que nos résultats reflètent bien la réalité de l'ensemble des cégeps du réseau.

49. Une étude des activités de promotion et de prévention primaire en santé mentale sur le territoire du DSC du Haut-Richelieu réalisée dans les organismes institutionnels de santé, dans les organismes complémentaires et les organismes connexes aux organismes de santé (comprend les cégeps), indique que ce dernier groupe consacre 2,9 % du temps total d'intervention en promotion et prévention de la santé à des activités reliées à la santé mentale. DELISLE, Noëlandré, Étude descriptive des activités de promotion et de prévention primaire en santé mentale dans le Haut-Richelieu, op.cit. tableau 5 p. 19.

50. L'enquête effectuée par la Fédération des cégeps décrit la tâche et la répartition du temps de travail du personnel infirmier ainsi : consultation 40 %, immunisation 11 %, dépistage 8 %, éducation 29 %, gestion 13 %, recherche 5 % (la somme dépasse 100 % selon les données recueillies par la Fédération) dans BOIS, Y., et R. DUCHARME, Les services de santé dans les cégeps... op. cit., tableau 6 p. 14.

51. Organisation mondiale de la santé, cité dans CSSSM, Rapport d'étape du plan d'organisation des Services en santé mentale, cité dans DELISLE, Noëlandré, Étude descriptive des activités de promotion et de prévention primaire en santé mentale dans le Haut-Richelieu, op.cit. p. 2.

52. NOËL, Richard, Rapport des activités du service de santé 1989-1990, Lévis, Cégep de Lévis-Lauzon, juin 1990, annexe VI.

53. LEMIRE, Yolande, Rapport annuel 1989-1990, Drummondville, Cégep de Drummondville et CLSC Drummond, mai 1990, p. 1.

54. CANTIN, François, Rapport annuel 1989-1990 Cégep Victoriaville, Victoriaville, CLSC Suzor-Côté, juin 1990, p. 35.

4. LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SERVICES DE SANTÉ AU QUÉBEC

En 1970, à la suite des recommandations de la Commission d'enquête Castonguay-Nepveu, le Gouvernement du Québec adoptait les éléments d'une vaste réforme du système de santé et des services sociaux. L'universalité d'accès aux services de santé et aux services sociaux, la création du ministère des Affaires sociales, la création des CLSC, des CSS, des DSC et des CRSSS, etc.; constituèrent les principaux éléments de cette réforme.[1] Au milieu des années quatre-vingt, le Gouvernement du Québec fit connaître son intention de réviser la Loi des services de santé et des services sociaux. Il mit donc sur pied la commission Rochon et divers groupes de travail pour étudier certains aspects du système de santé et des services sociaux. C'est sur cette lancée que le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait en décembre 1990 un projet de réforme du système de santé et des services sociaux.

4.1. L'avant-réforme

Avant de discuter des éléments de cette réforme qui touchent les services de santé éventuellement offerts aux jeunes, voyons d'abord les résultats des travaux du comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC, dont le rapport est mieux connu sous le nom de rapport Brunet. Il nous apparaît intéressant de traiter, dans le cadre de nos travaux, des principes contenus dans ce rapport puisqu'ils ont grandement influencé le projet de réforme des services de santé et notamment le rôle des CLSC.

Nous avons montré au chapitre précédent que les jeunes sont généralement en bonne santé physique et mentale, mais qu'ils constituent un groupe à risque élevé pour certaines infections liées à une prévention inexistante ou inadéquate (MTS, SIDA, Alimentation, etc.). Les jeunes personnes constituent également un groupe à risque élevé en matière de santé mentale notamment pour ce qui est du suicide. Compte tenu de ces constats, deux éléments de la réforme sont à considérer. La place faite à la promotion et à la prévention en santé et l'accès des jeunes aux soins adaptés à leurs besoins.

Les travaux de synthèse de la littérature sur les questions de santé font ressortir une évolution de la conception de la santé au cours des vingt dernières années. Le facteur déterminant de cette évolution a été le constat d'écarts persistants, dans les pays industrialisés, dans les conditions de santé chez les différents groupes de la population. Ce constat a amené, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et nombre de pays industrialisés à conclure «qu'il n'existait pas nécessairement de lien entre l'état de santé et les ressources de santé.»[2] Selon ces analyses, «le système de santé est un facteur important qui contribue à l'amélioration de la santé, mais il n'est pas le seul.»[3] D'autres facteurs jouent un rôle tout aussi important sinon encore plus important. Et on ajoute :

> «Après analyse, on en arrive au constat que c'est la persistance des inégalités dans les déterminants, c'est-à-dire dans les habitudes de vie, dans les conditions de travail, les conditions sociales et économiques etc., qui nous aide à mieux comprendre les inégalités d'état de santé entre les différents groupes de la société.»[4]

L'OMS et une large majorité de pays industrialisés adoptent une définition de la santé fondée sur une conception selon laquelle elle n'est plus considérée comme un «état idéal et complet de bien-être physique et mental», mais plutôt comme un «état relatif qui permet aux personnes de mener une vie socialement et économiquement productive.»[5] Une définition dite «fonctionnelle» de la santé est adoptée. Elle est présentée : «...comme la capacité de l'individu de s'adapter à son environnement et à y fonctionner de façon adéquate.»[6] Cette conception de la santé implique que :

> «...pour réussir vraiment à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, il importe plus de développer les services primaires que de développer des services spécialisés accessibles seulement à une minorité. Ce constat est valable aussi bien pour les pays en voie de développement que pour les pays développés.»[7]

Le rapport du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC fait ressortir que cette conception de la santé a d'autres implications, notamment :

> «(elle) implique qu'il ne s'agit plus seulement de lutter contre la maladie et la mort, mais de renforcer par tous les moyens la capacité de l'individu à s'adapter à son environnement et à mener à bien les projets qu'il s'est fixés».[8]

Cette définition de la santé confère une responsabilité non seulement à l'individu, mais aussi à tous «ceux qui peuvent l'aider dans sa démarche pour vivre une vie socialement et économiquement féconde.» Et le rapport du Comité de réflexion poursuit :

> «La recherche d'un tel état signifie que c'est l'ensemble des conséquences dans la vie quotidienne des individus qui devraient être prises en considération pour savoir si on a réellement réussi à améliorer leur santé. Il ne s'agit donc plus seulement de réduire les risques physiques, biologiques, chimiques, mais aussi ceux que peuvent représenter l'environnement social, le milieu de travail, l'environnement économique.»[9]

La notion de soins de santé primaires a été retenue par les pays membres de l'OMS comme celle pouvant répondre, d'une part, à l'objectif de la réduction des écarts de santé et, d'autre part, aux objectifs d'«autoresponsabilité et d'autodétermination chez la population».[10] Les membres du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC, proposent la définition suivante de soins de santé primaires :

> «...élément intégré d'un système qui doit couvrir les besoins sociaux et sanitaires fondamentaux de chaque communauté au moyen des services fournis aussi près que possible des lieux de vie et de travail des gens, facilement accessibles et acceptables à tous, et qui prend appui sur une participation communautaire la plus grande possible.»[11]

À cette définition se rattachent les caractéristiques essentielles de cette notion :

> «1- Premier point de contact avec le système. Niveau local le plus près possible des lieux où se vivent les problèmes de santé et de bien-être et où se définissent les véritables enjeux.
>
> 2- Accessibilité et disponibilité au moment opportun, jour et nuit.
>
> 3- Capacité soit de dispenser directement une gamme de services, soit d'adresser un bénéficiaire à d'autres instances par un mécanisme de coordination.
>
> 4- Continuité et suivi dans les soins et les services dispensés à un bénéficiaire.
>
> 5- Concertation avec les autres services locaux, les ressources du milieu, les autres établissements du réseau.
>
> 6- Responsabilité particulière à l'égard des individus ou des groupes à risque.»[12]

Les membres du Comité précisent également que «Ce qui est désigné par l'OMS comme «soins de santé primaires» recouvrent ce qu'on appelle au Québec les «services et soins de première ligne ou de premier niveau»».[13] Le rapport du Comité chargé d'étudier le rôle des CLSC désigne ceux-ci comme les établissements les plus aptes à répondre aux objectifs fixés par l'OMS :

> «Pour améliorer l'état de santé de tous les groupes de la société, l'OMS privilégie une voie, celle de la réduction des inégalités et un ensemble de moyens, celui de la mise en place d'un réseau de services de première ligne. Les CLSC ne peuvent que souscrire à cet objectif très vaste de la réduction des inégalités et déjà ils dispensent des services de première ligne. Toutefois, il est devenu évident que leurs efforts portent dans trop de directions et qu'il leur faudra mieux définir leurs cibles.»[14]

Le rapport poursuit en définissant les trois ordres de préoccupations liés aux objectifs énoncés ci-dessus. Ces ordres de préoccupations ou les principes directeurs de l'analyse sont énoncés en ces termes:

> «Dans la suite de l'OMS, le Comité souhaite aussi s'inscrire dans le grand objectif de la réduction des inégalités en le traduisant, toutefois, pour les CLSC en termes d'action auprès des groupes à risque. Il retient une autre préoccupation souvent implicite dans la définition des services de première ligne, celle du maintien en milieu naturel. Cette seconde préoccupation relève davantage d'une philosophie devant guider la plupart des interventions des CLSC. Enfin, un troisième ordre de préoccupations, celui de la nécessité d'implanter des services communs à tous les CLSC, touche surtout l'aspect de l'organisation de ce réseau d'établissements.»[15]

Ces «trois grandes préoccupations» sont fondamentales, selon les membres du Comité, puisqu'elles constituent la trame de fond à laquelle devront se greffer les programmes des CLSC. Elles font donc l'objet de trois grandes recommandations établissant que tous les CLSC devraient offrir un «programme de services courants médicaux et psychosociaux», «un programme de maintien à domicile», et enfin, «quatre programmes spécifiques structurés en fonction de groupes à risque bien définis et reposant sur une équipe multidisciplinaire adéquate.»[16] Trois de ces programmes seraient communs à tous les CLSC et viseraient les groupes suivants : les enfants et les familles à risque, les jeunes en difficulté et les adultes vivant des problèmes de santé mentale. Par ailleurs, chaque CLSC aurait toute la latitude pour désigner le groupe à risque visé par le quatrième programme.

Dans l'esprit des membres du Comité, les services médicaux courants et psychosociaux comportent une dimension curative et une dimension de prévention. Ces services «...jouent un rôle majeur dans le dépistage précoce des individus à risque et dans la continuité vers les programmes spécifiques et les ressources plus spécialisées.»[17] En 1987, selon le rapport cité précédemment, ces services étaient dispensés dans la majorité des CLSC. Quant aux services psychosociaux courants, le rapport précise qu'ils «constituent une des composantes psychosociales des services de première ligne, les autres se retrouvant en maintien à domicile et surtout à l'intérieur des programmes spécifiques.»[18] Cette précision est importante puisque cette catégorie de services recouvre une partie des services offerts par les services de santé dans les cégeps. Le rapport précise en ces termes la nature de ces services :

> «Par services psychosociaux courants, on réfère à des services d'accueil de type prise de contact pour clarifier le besoin et identifier la réponse à apporter, réponse qui peut être :
>
> . des renseignements, de l'information, de la sensibilisation;
>
> . des services courants (dépannage, accompagnement ...);
>
> . des services de défense des droits;
>
> . de la mobilisation et de la coordination de ressources;

. de l'évaluation psychosociale;

. de la référence à une autre instance ou programme du CLSC;

. une intervention minimale (en situation de crise, suivi court terme avec ou sans référence).»[19]

De plus, tout comme les services courants médicaux, ces services comportent un avantage important puisqu'ils «deviennent un moyen privilégié de dépister tôt les individus et les familles à risque et de les amener vers les programmes spécifiques du CLSC ou vers les ressources plus spécialisées.»[20]

Le volet des «programmes spécifiques» est intéressant quant au rôle des cégeps dans l'offre de services de santé aux jeunes. Précisons tout d'abord les vues du Comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les CLSC sur le sujet. Selon les membres du Comité :

> «C'est à l'intérieur des programmes spécifiques que se concrétisera le plus nettement la préoccupation majeure de réduction des inégalités. Il n'est pas pensable, toutefois, d'ériger directement en programme cet objectif. Ce serait de toute évidence, à la fois trop ambitieux et trop vague. Il s'agit là, comme il a été dit, d'un objectif de société et le CLSC n'en est pas le seul instrument. Déjà, la très grande dispersion de ses activités affaiblit son impact et on sent clairement le besoin de circonscrire les priorités à quelques groupes à risque. C'est en rendant accessibles des programmes et des services aux plus vulnérables qu'on favorisera la réduction des inégalités.»[21]

Rappelons que les groupes à risque visés par ces programmes sont les enfants et les familles à risque, les jeunes en difficulté, les adultes ayant des problèmes de santé mentale et enfin, un groupe à risque choisi par chaque CLSC. La position du Comité relative au groupe des jeunes nous intéresse plus particulièrement puisqu'il comprend les cégépiennes et les cégépiens. En relation avec ce groupe cible le rapport précise :

> «Sans poser de limites d'âge précises, on peut dire que ce sont essentiellement les adolescents et les jeunes adultes qui sont visés ici. Et c'est peut-être leur âge qui en soi les rend vulnérables : il s'agit d'une période troublée, confuse, marquée par une insécurité émotive en même temps que par un besoin d'affirmation mal contrôlé. C'est une période de conflits et d'incertitudes et, néanmoins, cruciale : les enjeux sont importants et les orientations de plus en plus définitives.»[22]

Certes, les groupes d'adolescents et de jeunes adultes ne vivent pas tous les problèmes spécifiques à leur âge avec la même acuité. Ainsi, précise le Comité, il y a plus de jeunes préoccupés par les risques liés à une sexualité active que par les risques liés à la consommation de drogues, d'alcool et de tabac. Aussi, les jeunes ne sont pas tous touchés au même degré par

les problèmes comme le suicide, les problèmes de santé mentale et de comportement, la violence, etc. Ce constat amène les membres du Comité à signaler la place qui doit être faite à «l'éducation, l'information collective, (et) la sensibilisation». Ils insistent par ailleurs sur l'importance de la «qualité de l'approche du jeune» laquelle doit être fondée sur «une équipe multidisciplinaire stable» capable d'intervenir efficacement dans le cadre des programmes spécifiques. Dans ce contexte :

> «Chaque CLSC devra adapter son programme aux caractéristiques de ses jeunes mais le Comité considère qu'aucun territoire du Québec ne doit se voir priver de services d'une équipe consacrée à l'intervention auprès des jeunes et travaillant en liens étroits avec les autres ressources (milieu scolaire, C.S.S., D.P.J. ...).[23]

Ces éléments rejoignent en tout point les éléments de contenu des rapports d'activités rédigés par les services de santé des cégeps que nous avons analysés.

Nous croyons intéressant de terminer cette synthèse de certains aspects du rapport du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC en rappelant quelques-unes des conséquences des principes directeurs énoncés dans ce rapport. En premier lieu le rapport précise ce qui constitue son orientation fondamentale :

> «...le Comité souhaite une orientation claire des activités des CLSC vers les groupes et les individus les plus à risque...»[24]

Par ailleurs, en ce qui a trait aux activités «d'éducation aux bonnes habitudes de vie», le Rapport précise qu'elles sont importantes, mais dans un contexte de restriction budgétaire il faut faire des choix :

> «...il ne condamne pas pour autant les services à caractère plus général comme l'éducation aux bonnes habitudes de vie. Elles ont certes leur raison d'être, leur justification mais elles ne répondent pas à ce caractère essentiel et souvent d'urgence que le contexte budgétaire oblige de plus en plus à mettre en priorité. Il faut être bien conscient que toute orientation nouvelle se fera surtout à partir de la réaffectation des ressources actuelles, ce qui signifie l'abolition de certains programmes et des modifications pour les autres.»[25]

Le Comité illustre ses propos en prenant un exemple dans le milieu scolaire :

> «Ce propos peut être bien illustré par le programme des services de santé et des services sociaux en milieu scolaire. De toute évidence, l'école doit demeurer un milieu d'intervention privilégié mais les intervenants ne doivent surtout pas s'y cloisonner. Leur action doit s'inscrire à l'intérieur des programmes spécifiques aux enfants et aux jeunes et se faire en continuité. On devra aussi au fur et à mesure donner moins d'importance à des activités comme l'hygiène

> dentaire (surtout là où l'eau est fluorée), l'éducation à une bonne alimentation ... pour mettre l'accent sur le dépistage et l'intervention auprès d'enfants à risque. La responsabilité des services de santé et de sécurité au travail en milieu scolaire est assurée bien souvent par les CLSC et on est certainement en droit de se demander comment il se fait que les commissions scolaires n'en soient pas responsables dans leurs propres locaux et ateliers d'apprentissage. Tout ce programme des services en milieu scolaire apparaît comme particulièrement déséquilibré en termes de ressources sociales par rapport aux ressources sanitaires et comme il compte parmi sa clientèle actuelle deux des groupes à risque privilégiés, il devient important d'utiliser le mieux possible les ressources qui y sont allouées.»[26]

Au regard des activités de «promotion de la santé» le Comité se pose, dans un premier temps, la question suivante :

> «À la lumière des orientations proposées quant aux préoccupations majeures qui doivent guider l'action des CLSC et quant aux programmes communs à tous, on est certainement en droit de se demander s'il restera de la place (et du budget) pour les activités de promotion de la santé.»[27]

Le Comité précise ensuite ce qu'il entend par activités de promotion de la santé :

> «La promotion de la santé a un sens de plus en plus élargi: de l'éducation aux bonnes habitudes de vie (alimentation, activité physique ...), on en arrive maintenant toujours sous le couvert de la promotion de la santé, à se préoccuper de la qualité de l'air, de l'eau, de la sécurité routière, de la sécurité dans les sports ... Et le comité partage cette conception de la promotion de la santé. Chacun doit, dans les limites de son champ d'action, l'intégrer dans ses objectifs, dans ses modes d'intervention.
>
> La plupart du temps, la promotion de la santé s'actualise par des activités de sensibilisation, d'information, d'éducation auprès de la population en général et auprès des organismes et des autres instances en cause.»[28]

Par ailleurs, bien que le Comité adhère à cette conception de la promotion de la santé, il préconise que ces activités soient réalisées par d'autres organismes que les CLSC. Ces derniers ne doivent pas s'en désintéresser complètement, mais leur action prioritaire doit porter sur la réalisation de leurs «programmes réguliers» auprès de ses «groupes à risque». Quant aux activités de prévention, elles font, selon le Comité, «partie d'office» de tous les «programmes proposés». Sur ces derniers points citons le Rapport :

> «Cette façon de promouvoir la santé sera laissée à d'autres instances mieux outillées que ce soit le MSSS, les DSC, les régies ... Le CLSC est un organisme local et c'est au moyen de ses programmes réguliers et auprès des

groupes à risque qu'il peut le plus efficacement agir et faire passer les valeurs rattachées à la promotion de la santé. Quant à la prévention, elle fait partie d'office de tous les programmes proposés, l'accent devant être mis sur le dépistage précoce, sur l'intervention auprès des individus à risque.»[29]

4.2. La réforme

Voyons maintenant en bref les orientations de la réforme du système des services de santé et des services sociaux pertinents à nos propos.

Pour atteindre le but visé «...replacer le citoyen au centre du réseau...», le ministre de la Santé et des Services sociaux a retenu les neuf orientations suivantes :

«Pour le citoyen consommateur :

1. Des citoyens dont les droits sont reconnus et respectés;
2. Des citoyens qui bénéficient de services adaptés à leurs besoins;
3. Des citoyens qui reçoivent des services le plus près possible de leur milieu de vie;
4. Des citoyens accueillis, aidés et traités par un personnel dévoué et dédié à sa tâche.

Pour le citoyen décideur :

5. Une prise de décision le plus près possible de l'action;
6. Des citoyens au coeur de la prise de décision;
7. Des citoyens imputables de leurs décisions.

Pour le citoyen payeur :

8. Des citoyens qui en ont pour leur argent;
9. Des citoyens qui doivent assumer le coût des services.»[30]

La deuxième orientation retenue dans le cadre de la réforme nous apparaît particulièrement importante dans le dossier des services de santé au collégial. Pour atteindre les objectifs liés à cette orientation la réforme prévoit «corriger les problèmes d'accessibilité de l'ensemble de la

population à des services spécifiques, (et) adapter l'ensemble des services aux besoins de groupes particuliers.»[31]

Et pour corriger les problèmes d'accessibilité au réseau de la santé et des services sociaux, l'une des mesures retenues, consiste à «consolider le réseau de première ligne», ce qui donnerait au CLSC un rôle plus important notamment du point de vue de la voie d'accès aux services de santé. Le ministre de la santé rappelle la recommandation de la Commission Castonguay-Nepveu visant à faire des CLSC la porte d'entrée unique dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il précise par ailleurs :

> «Il n'est peut-être plus possible ni même souhaitable de confier aux seuls CLSC ce rôle de porte d'entrée. Les cabinets privés et les centres hospitaliers, par leurs services d'urgences, constitueront toujours des voies d'accès au réseau de services.»[32]

La réforme prévoit tout de même des mesures propres à accroître ce rôle de «porte d'entrée» pour les CLSC. Elle prévoit notamment :

> «pouvoir facilement orienter le citoyen dans le réseau de la santé et des services sociaux;
>
> consolider le CLSC comme établissement de première ligne;
>
> s'assurer de la disponibilité des services médicaux courants, qu'ils soient offerts par les médecins des CLSC ou ceux des cabinets privés;
>
> inciter les citoyens à utiliser le réseau de première ligne.»[33]

Toujours dans le but de consolider le CLSC comme «établissement public de première ligne», le ministre entend :

> «augmenter les heures d'ouverture des CLSC et y développer les services diagnostiques, en tenant compte des heures d'ouverture et de la présence sur le territoire d'autres ressources de première ligne, dont les cabinets privés;»
>
> «développer les services médicaux courants plutôt dans les CLSC que dans les consultations externes des centres hospitaliers;»
>
> «réorienter les services sociaux de première ligne des centres de services sociaux vers les CLSC;»
>
> «viser l'équité budgétaire entre les CLSC en rehaussant prioritairement le budget de ceux qui sont relativement sous-financés, compte tenu des populations à desservir et leurs caractéristiques sociosanitaires.»[34]

Mentionnons ici que, selon le Comité chargé d'analyser les services offerts par les CLSC (rapport Brunet), le MSSS et les CLSC devaient reconnaître le «caractère essentiel des services médicaux courants et psychosociaux».[35] En outre, le Comité recommandait que chaque CLSC «offre à sa population ces services dont l'ampleur pourra varier en fonction des ressources du territoire, des besoins et de la demande de la population.»[36] Rappelons également que pour le Comité les services médicaux courants comportent d'emblée une dimension curative et préventive.

En ce qui concerne les besoins de groupes particuliers, le ministre formule les deux constats suivants : la situation sociosanitaire du Québec s'est «modifiée au cours des dernières décennies» et le réseau de «la santé et des services sociaux n'a pas toujours su adapter ses services et ses approches pour répondre soit aux problèmes, soit aux clientèles en émergence». Dans ce contexte, il propose d'adapter l'ensemble des services aux besoins de groupes particuliers. La réforme vise spécifiquement les clientèles suivantes :

> «les personnes âgées;
> les jeunes en difficulté;
> les personnes handicapées;
> les personnes alcooliques et toxicomanes;
> les nations autochtones;
> la communauté anglophone;
> les communautés culturelles.»[37]

Après avoir énuméré quelques-uns des problèmes de santé vécus par les jeunes notamment ceux liés à la consommation des drogues «illicites», les maladies transmissibles sexuellement et le suicide, le ministre annonce des mesures visant à diminuer «...l'incidence et la gravité des problèmes chez les jeunes...» Il entend :

> «intensifier les activités préventives auprès des jeunes en matière d'usage des drogues et d'abus d'alcool, de MTS, de santé mentale (notamment le suicide), de décrochage scolaire, d'itinérance, de prostitution juvénile, de violence.»[38]

Et afin d'assurer les services requis aux enfants et aux familles, le ministre entend intervenir en adoptant des mesures visant les CLSC, les organismes communautaires et les régions. Dans les CLSC le ministre veut adopter des mesures s'adressant aux jeunes de 11 ans et moins :

> «développer ou consolider les services destinés aux enfants de 11 ans ou moins et à leur familles afin de dépister notamment les retards de développement, de prévenir les abus et la négligence parentale et d'intervenir dans une optique générale de soutien et d'amélioration de la compétence parentale;
>
> intensifier les services sociaux aux jeunes en milieu scolaire et prioritairement au niveau primaire en faisant passer le ratio des effectifs d'un intervenant pour 4 310 jeunes à un pour 2 800»

et il propose également pour le groupe des 12-18 ans

> «(de) développer des services de consultation spécialement destinés aux jeunes de 12 à 18 ans aux prises avec des problèmes fréquents à cet âge (MTS, drogues, etc.) ou avec des problèmes ayant un caractère plus aigu dans certains territoires (itinérance, prostitution, délinquance)».[39]

Les mesures relatives aux jeunes annoncées par le ministre ont comme critères de sélection, l'âge et le milieu de vie. Ainsi, certaines mesures s'adressent au groupe d'âge des 11 ans et moins et certaines s'adressent aux jeunes en milieu scolaire. Cependant, en milieu scolaire la priorité sera accordée aux jeunes du primaire alors qu'aucune des mesures annoncées ne vise les jeunes du secondaire dans leur milieu d'étude. Pour les jeunes de ce groupe d'âge, soit 12 à 18 ans, le ministre entend «développer des services de consultation» sans toutefois préciser l'organisme qui sera responsable de l'application de ces mesures. Cependant, dans l'esprit de la réforme, ces mesures devraient être mises en oeuvre par les CLSC.

Deux éléments des services de santé offerts aux jeunes intéressent les cégeps dans le projet de réforme. Le premier concerne l'intention d'«intensifier les activités préventives auprès des jeunes» et le second concerne l'orientation «d'adapter les services aux besoins de groupes particuliers». La mesure préconisée ci-dessus soit de «développer des services de consultation spécialement destinés aux jeunes de 12-18 ans» s'inscrit dans cette volonté d'agir auprès de groupes cibles, notamment les adolescents et jeunes adultes.

Les mesures préventives à l'intention des jeunes nous semblent particulièrement approriées puisque la majorité des problèmes de santé vécus par les jeunes sont liés à de mauvaises habitudes de vie.[40] Par ailleurs, il nous apparaît pertinent de rappeler ici une inquiétude formulée par l'Association des hôpitaux du Québec, à propos de la notion de prévention, dans leur avis sur «Les orientations ministérielles à l'égard de l'usage et l'abus des psychotropes».[41] Cette inquiétude est formulée en ces termes :

> «Nous souhaitons être rassurés à l'effet que la définition arrêtée pour la prévention signifie que celle-ci s'inscrit dans un processus où diverses cibles (individu-drogue-contexte) peuvent être rejointes et, en conséquence, diverses stratégies peuvent s'appliquer. Pour illustrer simplement ce commentaire sur la triple dimension à donner à la prévention, parlons d'actions préventives auprès des jeunes étudiants pour qu'ils ne s'adonnent pas au tabagisme tout en tolérant qu'on fume à l'école voire même qu'il y ait des machines distributrices de cigarettes sur les lieux.»[42]

Ce rappel nous semble d'autant plus pertinent que la réforme reste muette quant aux activités de promotion de la santé. Or, la problématique de santé chez les jeunes montre clairement l'importance qu'il faut accorder à l'information, à la sensibilisation et à l'éducation aux bonnes habitudes de vie; l'essence même des activités de promotion de la santé. Ce silence sur les mesures de promotion de la santé a été signalé par l'Association des hôpitaux du Québec, dans

le contexte des orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes. Elle s'en est inquiétée en ces termes :

> «La promotion de la santé nous apparaît en grande partie évacuée des Orientations ministérielles.»[43]

Et l'AHQ rappelle l'importance de ces mesures :

> «Les Départements de santé communautaire, en fonction de leur rôle reconnu à cet égard, soutiennent l'importance de programmes de promotion et de moyens et d'outils adéquats pour les réaliser.»[44]

Enfin, ce silence nous apparaît d'autant plus inquiétant qu'il concerne un sujet auquel le ministre et son Gouvernement semblent accorder beaucoup d'importance. En effet, d'une part, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est donné des «Orientations ministérielles» sur la question de «l'usage et de l'abus» des drogues, et, de plus, le ministre mentionne dans son projet de réforme que les drogues doivent faire l'objet de mesures préventives chez les jeunes. D'autre part, le Gouvernement a commandé une étude sur la question à un groupe de travail qui a remis son rapport en juin 1990.[45]

Le second élément de la réforme qui touche les cégeps, porte sur la volonté d'adapter les services aux besoins de groupes particuliers dont les jeunes.

Le ministre mentionne la création de «services de consultation» destinés aux jeunes âgés de 12 à 18 ans. Cette délimitation stricte de l'accessibilité au programme en fonction de l'âge soulève quelques difficultés parce que les problèmes vécus par les adolescentes et les adolescents et les jeunes adultes ne connaissent pas cette frontière d'âge. Ainsi, les jeunes de 18 ans et plus qui sont dans le réseau scolaire ou ailleurs, vivent les mêmes problèmes que ceux qui ont tout juste un peu moins de 18 ans : les drogues, les maladies transmissibles sexuellement, les problèmes de santé mentale, etc. Et ces jeunes, juste un peu plus plus âgés, ne font pas l'objet de mesures spécifiques. Cette difficulté avait été soulevée d'ailleurs dans le mémoire de la Fédération des CLSC soumis au Conseil permanent de la jeunesse en 1989.[46] Elle a également été soulevée dans des mémoires soumis par des cégeps lors de consultations régionales menées par les CRSSS de la Montérégie et De Lanaudière et Laurentides sur leur plan régional respectif d'organisation des services en santé mentale. Sur ce point les deux mémoires font valoir que la clientèle des cégeps regroupe des personnes dont l'âge chevauche les catégories établies par les CRSSS (0-18 ans; 18-65; et, 65 ans et plus). Ce faisant, ces personnes seraient pénalisées par l'instauration de services fondés sur l'âge.[47] L'approche préconisée par les cégeps privilégie des services par programme et par clientèle cible, approche qualifiée de «plus souple, plus réaliste et de plus fonctionnelle.»[48]

Cette question de la frontière d'âge est d'autant plus importante que, comme nous l'avons montré dans le chapitre précédent, plus de deux élèves sur cinq sont dans le groupe d'âge des 18-19 ans et un sur cinq dans celui des 20-24 ans. Rappelons également qu'un jeune Québécois

sur cinq âgés de 15 à 19 ans fréquente un cégep et un sur quatre un établissement d'enseignement collégial.

La réforme des services de santé aura donc nécessairement des effets sur l'offre et l'organisation des services de santé dans les établissements d'enseignement collégial. En correspondance avec ces nouveaux paramètres et dans le but de mieux illustrer la réalité des besoins des jeunes en matière de services de santé et la nécessité d'offrir les services là où ils évoluent, nous présentons dans les lignes qui suivent les résultats, les plus éloquents à ce propos, tirés du rapport synthèse produit par le Conseil permanent de la jeunesse sur les Audiences publiques sur la jeunesse tenues en 1989.

4.3. La réforme et la pertinence des services de santé pour les jeunes

Le *Rapport des Audiences publiques sur la jeunesse* souligne le fait que les représentantes et les représentants des jeunes ont davantage mis l'accent sur l'inadéquation des programmes et des services de santé offerts aux jeunes que sur les problèmes de santé.[49] Le Rapport note que les critiques sont sévères à l'égard des programmes et des services proposés aux jeunes par le réseau public de la santé et des services sociaux. Il résume en ces termes les principaux griefs formulés à leur égard :

> «On les trouve mal adaptés, trop souvent débordés, insuffisants et inacessibles. On y privilégie trop l'intervention curative. On traite les problèmes à la pièce. On ne s'attaque pas aux causes fondamentales des problèmes, pas plus que l'on tient vraiment compte des besoins et des attentes des jeunes.»[50]

De plus, le Rapport précise que selon l'avis exprimé par une majorité de participantes et de participants aux Audiences, les jeunes utilisent peu les services mis à leur disposition parce qu'«ils considèrent que le système est trop lourd et trop loin de leurs préoccupations.»[51] C'est aussi l'avis exprimé par la Fédération des CLSC dans ses commentaires à ces Audiences. Elle admet en effet que :

> «Globalement, les CLSC ne pourraient prétendre, comme d'ailleurs aucune autre organisation du réseau, qu'ils constituent une porte d'entrée privilégiée pour les jeunes dans le réseau des services de santé et des services sociaux. Les CLSC, comme les autres, se heurtent à l'indifférence voire (à) la réserve des jeunes, même lorsqu'ils pourraient en avoir besoin, à l'égard des services professionnels et publics. En ce sens, ce n'est pas un problème de CLSC, c'est plutôt un problème d'intervention de l'ensemble du réseau.»[52]

En outre, la Fédération des CLSC précise également dans ce document que les «services courants» ne sont peut-être pas le meilleur moyen de rejoindre les jeunes :

> «(...) les interventions individuelles telles qu'elles peuvent se traduire dans une demande de services courants ne constituent pas nécessairement le meilleur moyen de rejoindre cette clientèle qui, par nature, semble plutôt réfractaire au contact individuel professionnalisé.»[53]

Cette remarque de la Fédération des CLSC est d'autant plus importante que le Rapport Brunet et la Réforme du système de santé mettent l'accent sur les services médicaux courants. Il est donc pertinent de s'interroger sur l'efficacité future de ces mesures si, dans le passé, elles n'ont pas donné les résultats escomptés.

Le Rapport des Audiences publiques sur la jeunesse mentionne aussi: «De façon générale, on déplore le peu d'importance accordée à la prévention des problèmes auxquels les jeunes sont confrontés...». À cet égard, on mentionne l'effet négatif des restrictions budgétaires des services offerts dans les écoles et sur les programmes de prévention. De plus, le Rapport précise en ces termes le sens donné à la notion de prévention :

> «Et la prévention, c'est bien autre chose que des affiches, des macarons ou des campagnes publicitaires à l'échelle nationale. C'est aussi de l'écoute, des discussions et des activités scolaires ou parascolaires.»[54]

Cette dernière précision nous apparaît fondamentale lorsque mise en relation avec les activités de promotion de la santé et de prévention réalisées dans les cégeps et décrites précédemment. Et le Rapport ajoute ce que les participantes et les participants entendent par les activités de prévention :

> «Lorsqu'on parle de prévention, on souhaite des programmes plus soutenus et mieux **adaptés** en matière de santé mentale, d'alcoolisme, et toxicomanie, de violence, de contraception, de MTS et d'abandon scolaire.»[55]

De plus, le Rapport reconnaît le rôle essentiel que doivent jouer les milieux scolaires et surtout il fait état des besoins en ressources pour répondre aux besoins exprimés par les participantes et les participants:

> «On reconnaît au milieu scolaire un rôle primordial dans l'éducation à la santé et à la prévention des problèmes sociaux chez les jeunes. En outre, on réclame l'augmentation du personnel professionnel non enseignant : des ressources jugées essentielles pour la prévention de même que pour le dépistage et le soutien des jeunes vivant des problèmes particuliers.»[56]

NOTE

1. QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec, Les Publications du Québec, 1988, p. 149-151.

2. QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport du comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les CLSC, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987, p. 4.

3. Loc. cit.

4. Op. cit., p. 5. Se reporter également à QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec, Les Publications du Québec, 1988, p. 433-445 à la section intitulée : «Un mouvement international vers l'élaboration d'objectifs de santé et de bien-être».

5. Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé..., ibid., p. 436.

6. Loc. cit.

7. Loc cit.

8. Rapport du comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC, op. cit., p. 5.

9. Op. cit., p. 5-6.

10. Ibid. p. 6.

11. Ibid. p. 7.

12. Loc. cit.

13. Loc. cit.

14. Ibid., p. 40.

15. Loc. cit.

16. Loc. cit.

17. Ibid., p. 45.

18. Ibid., p. 48.

19. Ibid., p. 49.

20. Loc. cit.

21. Ibid., p. 54.

22. Ibid., p. 57.

23. Ibid., p. 58.

24. Ibid., p. 61.

25. Loc. cit.

26. Ibid., p. 61-62.

27. Ibid., p. 66.

28. QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport du comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les CLSC, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987, p. 66.

29. Ibid., p. 66-67.

30. QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Une réforme axée sur le citoyen, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 1990, p. 12.

31. Ibid., p. 18.

32. Ibid., p. 19.

33. Loc. cit.

34. Une réforme axée sur le citoyen, op. cit. p. 19.
Le rapport Brunet révèle l'existence de disparités très importantes dans le financement des CLSC. Le rapport précise : «Un relevé des budgets, per capita, selon l'année d'incorporation révèle que les CLSC implantés depuis 1981 ont un budget de moitié inférieur à celui des CLSC implantés entre 1972 et 1977 et cela, même en dollars réels.» Nous reproduisons ici les données du budget moyen per capita pour l'année 1985-1986 selon la période d'incorporation des CLSC : 1972-1974 81,6 $; 1975-1977 63,3 $; 1979-1980 41,9 $; 1981-1983 38,8 $; 1984-1985 34,1 $. Rapport du comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les CLSC, op. cit., p. 26.

35. Rapport du comité de réflexions..., op. cit., p. 49.

36. Ibid., p. 50.

37. Ibid., p. 23-24.

38. Ibid., p. 29.

39. Loc. cit.

40. Dans son rapport la Commission Rochon après avoir rappelé les progrès réalisés au Québec en matière de santé, constate : «Mais il reste beaucoup à faire pour prévenir la morbidité, la mortalité et les problèmes de santé qui réduisent la qualité de vie. L'atteinte de résultats tangibles exige certes le développement des services curatifs mais surtout des stratégies concertées de prévention. Il faudra, en effet, agir sur les déterminants des problèmes de santé et mettre en oeuvre les programmes de dépistage qui ont fait leurs preuves auprès de populations cibles. Ces stratégies auront un effet dans la mesure où tous les intervenants seront mobilisés autour des mêmes objectifs et que la population elle-même les partagera. Pour ce faire, il faudra concentrer les ressources dans les secteurs où il est possible d'avoir des répercussions sur l'état de santé collectif. À partir du bilan de l'état de santé des Québécois qu'elle a dressé, la Commission a identifié dix problèmes de santé qui devraient principalement faire l'objet de politiques et de programmes de prévention au cours des prochaines années. (Ce sont :) 1) les maladies cardio-vasculaires; 2) le cancer; 3) les traumatismes; 4) les maladies chroniques dégénératives; 5) **les problèmes de santé mentale**; 6) la prématurité, les maladies héréditaires et les malformations congénitales; 7) **les maladies transmissibles sexuellement**; 8) **le SIDA**; 9) les risques pour la santé rattachés à l'environnement; 10) **l'alcoolisme et les toxicomanies**.» (nous soulignons) Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, op. cit., p. 455-456.

41. Dans les orientations ministérielles sur l'usage et l'abus des psychotropes la prévention est définie comme «...un processus au cours duquel les personnes adoptent des attitudes positives, des valeurs, des comportements, des compétences et un mode de vie qui leur permettent de devenir des citoyens responsables n'éprouvant pas, pour des fins de modification du comportement, le besoin de produits psychotropes.» QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 1988, p. 26.

42. ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, Avis de l'Association des hôpitaux du Québec sur les orientations ministérielles à l'égard de l'usage et l'abus des psychotropes, s.l., L'Association des hôpitaux du Québec, mai 1988, p. 6.

43. Avis de l'Association des hôpitaux..., op. cit., p. 7.
Un document de consultation publié en 1986 par le MSSS formule en regard des services offerts aux jeunes le constat suivant : «Au cours de la dernière décennie, les jeunes en difficulté et les personnes handicapées, notamment, ont profité d'un meilleur ajustement de la législation à leurs besoins, à leurs droits et à leurs intérêts. L'accessibilité à des soins et à des services professionnels de qualité s'est accrue. Mais de façon générale, en regard des besoins sociaux et de santé

des adolescents et des jeunes adultes, les autres grands objectifs de la réforme de la santé et des services sociaux (la complémentarité des établissements, la continuité et l'humanisation des soins, l'adaptation maximale des services aux besoins à satisfaire), n'ont pas été atteints de façon satisfaisante.

Les réseaux de services publics et de protection sociale visent davantage à traiter, à guérir et à réadapter qu'à prévenir et à empêcher la détérioration des situations qui affectent la santé et la qualité de vie des adolescents et des jeunes adultes. Les investissements en matière de prévention des inadaptations et de promotion de la santé ne réflètent pas l'importance qu'il importe de leur accorder.» QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Document de consultation publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur les besoins, les ressources et les orientations à l'égard des jeunes de 15 à 24 ans, Québec, Direction de la planification des services sociaux, avril 1986, p. 103.

44. Loc. cit. Dans son rapport la Commission Rochon précise que le système de services de santé et des services sociaux doit viser un résultat : «la santé et le bien-être de chaque personne.» Il poursuit en ces termes : «Sa finalité première doit donc consister à promouvoir la santé et le bien-être et doit (donc) orienter son fonctionnement.» Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, op. cit., p. 445.

45. QUÉBEC, Gouvernement du Québec, Rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue, Québec, Les publications du Québec, 1990, 152 p.

46. Commentaires de la Fédération des CLSC du Québec..., op. cit., p. 8.

47. CÉGEP DE JOLIETTE-DE-LANAUDIÈRE, Mémoire sur le plan régional d'organisation de services présenté au Conseil de la santé et des services sociaux De Lanaudière et des Laurentides, Joliette, Cégep de Joliette-De Lanaudière, Services aux étudiants et étudiantes, programme en soins infirmiers, techniques d'éducation spécialisée, 30 novembre 1990, p. 10. CÉGEP, Mémoire concernant la proposition de plan d'organisation de services en santé mentale dans la Montérégie, présenté par les collèges d'enseignement général et professionnel de la Montérégie (Cégep Édouard-Montpetit, Cégep de Granby, Cégep Sorel-Tracy, Cégep de Saint-Hyacinthe, Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu, Cégep Champlain campus de Saint-Lambert à Longueuil, Cégep de Valleyfield), Saint-Jean-sur-Richelieu, décembre 1990, p. 4.

48. Mémoire concernant la proposition de plan d'organisation de services en santé mentale dans la Montérégie, Loc. cit.

49. QUÉBEC, Conseil permanent de la jeunesse, Les couleurs de la jeunesse, noir sur blanc, rapport des Audiences publiques sur la jeunesse, Québec, Les Publications du Québec, 1990, p. 95.

50. Ibid., p. 96.

51. Loc. cit.

52. FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, Commentaires de la Fédération des CLSC du Québec sur le document de réflexion soumis par le Conseil permanent de la Jeunesse sur la situation des jeunes au Québec et les enjeux de l'avenir, s.l., mai 1989, p. 11 également cité dans le Rapport des Audiences..., op. cit., p. 96.

53. FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, Commentaires de la Fédération des CLSC du Québec sur le document de réflexion soumis par le Conseil permanent de la Jeunesse sur la situation des jeunes au Québec et les enjeux de l'avenir, s.l., mai 1989, p. 13

54. Ibid., p. 97.

55. Ibid., p. 106-107. Nous soulignons.

56. Loc. cit.

LA CONCLUSION

L'analyse des informations recueillies sur les jeunes a permis de montrer la spécificité du développement psychosocial des jeunes personnes. Plus précisément, l'analyse a mis en lumière la relation entre l'un des moments critiques du développement de la jeune personne, soit l'âge de 16-19 ans, et les quelques années qu'elle passe au cégep au cours de cette période. C'est durant ces années que la jeune personne effectue des apprentissages essentiels dans toutes les dimensions de sa vie qui contribueront à déterminer, entre autres, son état de santé global au cours des années qui suivront. Parmi ces apprentissages, l'acquisition de saines habitudes de vie est fondamentale. Or, nous avons montré que la connaissance du risque n'entraîne pas nécessairement un comportement préventif efficace et systématique chez la jeune personne. Cette dernière, dans une certaine mesure, être assistée pour intégrer dans ses attitudes et ses comportements quotidiens les comportements préventifs liés à de saines habitudes de vie. À ce sujet, la description de la problématique de santé chez les jeunes à mis en évidence de nombreux comportements à risque pour leur santé.

Toute modification des habitudes de vie passe donc nécessairement par une prise de conscience chez la jeune personne de l'importance du risque pour sa santé avant de développer des comportements sécuritaires. C'est dans cette phase de prise de conscience et de développement de nouveaux comportements que l'éducation et l'assistance de la part de personnes compétentes peuvent être déterminantes. L'analyse a montré l'importance des services de santé des cégeps en matière de promotion de la santé et de prévention. L'analyse des rapports des services de santé des cégeps a amplement illustré la dimension éducative de leurs interventions.

La réforme du système des services de santé et des services sociaux désigne les jeunes comme un groupe à risque, méritant une attention particulière précisément en raison de leurs caractéristiques psychosociales. Elle propose à leur égard d'accentuer les mesures préventives et de créer des services adaptés à leurs besoins. Par ailleurs, certaines questions restent sans réponse pour l'instant. Par exemple, quel sera le rôle des milieux scolaires, en particulier celui des cégeps, dans les activités de prévention en santé ? Soulignons que la réforme passe sous silence les activités de promotion en santé, activité pourtant jugée essentielle par les spécialistes en santé. Quels seront les moyens utilisés pour rejoindre les jeunes de 15 ans et plus dans leur milieu de vie, c'est-à-dire l'école secondaire et le cégep, pour la plupart d'entre eux ?

LA BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, Avis de l'Association des hôpitaux du Québec sur les orientations ministérielles à l'égard de l'usage et l'abus des psychotropes, s.l., Association des hôpitaux du Québec, mai 1988, 17 p.

ASSOCIATION DES INTERVENANTES ET INTERVENANTS EN FORMATION PERSONNELLE ET SOCIALE, Description et évaluation du programme de santé scolaire globale du Québec, s.l. n.d., 68 p. annexes.

AYOTTE, Violaine et autres, Éléments pour constituer une problématique-santé concernant les adolescents du territoire du DSC du CHUL, s.l., Département de santé communautaire du CHUL, mai 1982, XXXIII et 307 p.

AYOTTE, Violaine et Marc FERLAND, Et la santé, ça va ? Les jeunes adultes, Québec, Les Publications du Québec, 1989, 57 p.

BAYARD, Jean, Recherche santé des jeunes, recherche réalisée sous la coordination de Yves Sauvageau, Longueuil, CLSC Longueuil-Est et DSC Hôpital Charles LeMoyne, octobre 1988, 249 p. annexes.

BÉDARD, Marie-Berthe et autres, Le stress : projet d'intervention dans les collèges du territoire du DSC du CHUL, Québec, Département de santé communautaire du Centre Hospitalier de l'Université Laval, 1983.

BERNARD, Marie-Claude et Linda FORTIN, MTS et comportements préventifs chez les étudiants : la situation au CÉGEP de Shawinigan, Shawinigan, DSC du Centre hospitalier régional de la Mauricie, 1988, 116 p.

BIBBY, Reginald W. et Donald C. POSTERSKI, La nouvelle génération : les opinions des jeunes du Canada sur leurs valeurs, (traduit de l'anglais par Louis-Bertrand Raymond, Montréal, Fides, 1986, 230 p.

BIELINSKI, Élizabeth et Yves BRAIS, L'étudiant au CÉGEP : opinions, attitudes et comportements de l'étudiant dans son univers quotidien, Québec, ministère de l'Éducation du Québec, septembre 1971, 79 p., (collection études et recherches no 2-20).

BOIS, Yvon et Robert DUCHARME, Les services de santé dans les cégeps : résultats du questionnaire sur les services de santé dans les cégeps (document de travail), s.l., Comité sur la santé de la Fédération des cégeps, 15 mai 1990, 30 p. annexes.

BOUCHER, Robert et autres, Préoccupation et problèmes des étudiants au CÉGEP de Limoilou, 2e édition, octobre 1978, 124 p.

BOURDAGES, Louis, Louise FOREST et Rita GIGUÈRE, Caractéristiques de la population étudiante d'un cégep en région : le cégep de Rimouski, 1980-81, Rimouski, Cégep de Rimouski, 1983, 129 p.

BRAIS, Yves, L'étudiant au CÉGEP : opinions, attitudes et comportements de l'étudiant dans son univers quotidien, Québec, ministère de l'Éducation du Québec, janvier 1972, 81 p., (collection études et recherches no 2-25).

CLSC RIVIÈRES ET MARÉES, Programme santé scolaire, milieu collégial, Rivière-du-Loup, CLSC Rivières et Marées et cégep de Rivière-du-Loup, s.d., 2 p.

CLSC SAINTE-FOY-SILLERY, Cadre de référence: la santé des jeunes au collégial, Sainte-Foy-Sillery, CLSC Le Phare, novembre 1989, 106 p.

CANTIN, François, Rapport annuel 1989-1990 Cégep de Victoriaville, Victoriaville, CLSC Suzor-Côté, juin 1990, 40 p.

CAUCHON, Paul, «L'endémique pauvreté des jeunes», dans Le Devoir, 1er mai, 1991, vol. LXXXII no 100, p. B-1 et B-2.

CÉGEP DE JOLIETTE-DE-LANAUDIÈRE, Mémoire sur le plan régional d'organisation de services présenté au Conseil de la santé et des services sociaux De Lanaudière et des Laurentides, Joliette, cégep de Joliette-De-Lanaudière, Services aux étudiants et étudiantes, programme en soins infirmiers, techniques d'éducation spécialisée, 30 novembre 1990, 16 p. annexes.

CÉGEP CHAMPLAIN, Résultats du sondage sur la sexualité chez les étudiants cégépiens, Longueuil, cégep Champlain et CLSC Samuel-de-Champlain, juin 1990, 5 p.

CÉGEP DE LA GASPÉSIE ET DES ÎLES, Sondage sur les MTS, avril 1989, 4 p. annexe constituée des tableaux de croisement de variables.

CÉGEP DE LA POCATIÈRE, CÉGEP DE MAISONNEUVE, Télé-santé, implantation expérimentale de télé-santé dans deux collèges : Maisonneuve et La Pocatière annexes, s.l. mai 1986, p.m.

CÉGEP DE RIVIÈRE-DU-LOUP, L'éducation, une clef pour la santé de tous les Québécois, mémoire soumis à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux connexes, Rivière-du-Loup, cégep de Rivière-du-Loup, 27 janvier 1986, 15 p.

CÉGEP DE RIVIÈRE-DU-LOUP, Projet sur la qualité de vie au cégep, Rivière-du-Loup, cégep de Rivière-du-Loup, automne 1990, non paginé.

CÉGEP DE RIVIÈRE-DU-LOUP, Résultats du sondage : dépistage hypertension artérielle, Rivière-du-Loup, cégep de Rivière-du-Loup, février 1990, 3 p.

CÉGEP DE RIVIÈRE-DU-LOUP, Résultats du sondage : dépistage hypercholestérolémie, Rivière-du-Loup, cégep de Rivière-du-Loup, février 1990, 2 p.

CÉGEP DE RIVIÈRE-DU-LOUP, Résultats du sondage : les jeunes du cégep de Rivière-du-loup et la santé cardio-vasculaire, Rivière-du-Loup, cégep de Rivière-du-Loup, automne 1989, 3 p.

CÉGEP DE SAINT-FÉLICIEN, Résultats du sondage concernant les connaissances, comportements, besoins et valeurs face aux MTS, Saint-Félicien, novembre 1989, 3 p.

CÉGEP DE SAINT-HYACINTHE, Résultats du sondage sur le suicide au collégial : portrait du cégep de St-Hyacinthe, Saint-Hyacinthe, cégep de Saint-Hyacinthe, 1990, 4 p.

CÉGEP LÉVIS-LAUZON, Résultats du sondage concernant la consommation de drogue, alcool et médicaments au cégep Lévis-Lauzon, Lévis, mars 1989, 10 p.

CÉGEP, Mémoire concernant la proposition de plan d'organisation de services en santé mentale dans la Montérégie, présenté par les collèges d'enseignement général et professionnel de la Montérégie (Cégep Édouard-Montpetit, Cégep de Granby, Cégep Sorel-Tracy, Cégep de Saint-Hyacinthe, Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu, Cégep Champlain campus de Saint-Lambert à Longueuil, Cégep de Valleyfield), Saint-Jean-sur-Richelieu, décembre 1990, 6 p.

CÉGEP DE VICTORIAVILLE, Sondage sur le stress : résultats partiels et questionnaire d'enquête, s.l.n.d., pagination multiple.

CÉGEP DE RIVIÈRE-DU-LOUP ET CLSC RIVIÈRES ET MARÉES, Résultats du sondage sur les MTS, Rivière-du-Loup, cégep de Rivière-du-Loup et CLSC Rivières et Marées, s.d., 6 p.

CÉGEP DE SAINT-HYACINTHE, Résultats du sondage sur les attitudes et les comportements face à la sexualité, Saint-Hyacinthe, cégep de Saint-Hyacinthe, août 1990, 15 p.

CHAMPAGNE, Anne-Louise, Mireille LÉVESQUE et Danielle PAGEAU, La persévérance aux études : le choix des collégiennes et des collégiens dans les années 80, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial, 1990, 47 p.

CHIASSON, Luc, Les événements stressants de la vie du cégépien: construction d'une échelle de mesure, Lévis, cégep de Lévis-Lauzon, 1988, 167 p.

CLOUÂTRE, Ginette et autres, Les besoins de santé bio-psycho-sociale des étudiants du cégep Saint-Jean-sur-Richelieu (projet santécégep), Saint-Jean-sur-Richelieu, Département de santé communautaire de l'Hôpital du Haut-Richelieu, avril 1987, 48 p. annexes.

COLLÈGE LIONEL-GROULX, Compilation des données du sondage MTS, contraception et distributrice à condoms, cégep Lionel-Groulx, octobre 1987, pagination multiple.

COLLÈGE LIONEL-GROULX, Enquête SIDA-PRÉVENTION, questionnaire d'enquête.

COLLÈGE LIONEL-GROULX, Étude épidémiologique sur la consommation de produits psychotropes au collège Lionel-Groulx : questionnaire d'enquête, Sainte-Thérèse, avril 1989.

COLLÈGE LIONEL-GROULX, Texte de présentation par le Directeur général du vidéo sur le SIDA et les M.T.S. DSC-CLSC-COLLÈGE : «Su'l bord de l'amour y'a deux trottoirs», 11 février 1991, pagination multiple.

DELISLE, Noëlandré et Lise DALLAIRE-DUROCHER, Étude descriptive des activités de promotion et de prévention primaire en santé mentale dans le Haut-Richelieu, Saint-Jean-sur-Richelieu, Département de santé communautaire de l'Hôpital du Haut-Richelieu, mars 1990, 26 p. annexes.

DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU C. H. HÔTEL-DIEU DE GASPÉ, Normes d'immunisation et de prévention pour les étudiants des institutions d'enseignement en stage dans les établissements, Gaspé, DSC de Gaspé et cégep de la Gaspésie et des Îles, mars 1988, 33 p.

DESALLLIERS-PELLETIER, Pierrette et Denise SIMARD, Amélioration de la qualité des repas offerts à la clientèle du collège Lionel-Groulx : analyse, évaluation et voies d'action, Sainte-Thérèse, Collège Lionel-Groulx et CLSC de Sainte-Thérèse, janvier 1990, 42 p. annexes.

DESALLLIERS-PELLETIER, Pierrette et Denise SIMARD, Résultat du sondage : besoins, évaluation et suggestions des cégépiens(nes) face à l'alimentation, les thèmes-santé et les activités réalisées par le service de santé, Sainte-Thérèse, Collège Lionel-Groulx et CLSC de Sainte-Thérèse, juin 1987, 45 p.

DESJARDINS, Marie-France, Simon LANGLOIS et Yolande LEMOYNE, Enquête épidémiologique sur la sexualité d'adolescents fréquentant un cégep, extrait de L'Union médicale du Canada, septembre 1986, résumé 4 p.

DROUIN, Gaétane, Quelques éléments de la problématique de l'alcoolisme-toxicomanie dans la région 03, s.l., décembre 1989, 14 p.

DUBÉ, Laurette et Gabi B. REAIDI, Identification de paramètres d'efficacité dans les communications visant l'adoption de comportements préventifs contre le SIDA chez les jeunes de 15 à 19 ans; vue d'ensemble du projet et collaboration avec les cégeps participant à la 1re phase, Montréal, Université de Montréal, octobre 1990, 6 p.

DUMAS, Suzanne, La drogue banalisée : la consommation de drogues chez les étudiantes et les étudiants québécois, Québec, ministère de l'Éducation, 1984, 132 p.

DUMAS, Suzanne, Gérard ROCHAIS et Henri TREMBLAY, Une génération silencieusement lucide ? (vers un profil socio-culturel des jeunes de 15 à 20 ans), Québec, ministère de l'Éducation, 1982, 78 p.

DUTEAU, Colette, Marc CHARRON et Carole LANOVILLE, Tendances suicidaires et consommation de drogues à l'adolescence, s.l., CLSC Le Moulin, septembre 1987, 275 p.

FÉDÉRATION DES CÉGEPS, Mini-colloque sur la santé mentale dans les cégeps du Québec, (Québec, les 7-8 février 1984), rapport synthèse rédigé par Pierre Imbeau, s.l., mars 1984, 17 p. annexes.

FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, Commentaires de la Fédération des CLSC du Québec sur le document de réflexion soumis par le Conseil permanent de la Jeunesse sur la situation des jeunes au Québec et les enjeux de l'avenir, s.l., mai 1989, 17 p.

GADBOIS, Louis, La formation fondamentale : la documentation québécoise, s.l., Centre d'animation, de développement et de recherche en éducation et la Direction générale de l'enseignement collégial, 1988, 243 p.

GAGNON, Christiane et Jacqueline GAUVREAU, Programme cadre régional de prévention en toxicomanie pour les 11-25 ans, Chicoutimi, DSC de l'Hôpital de Chicoutimi, octobre 1989, 73 p.

GAGNON, Claude, Les jeunes en difficulté : état de situation des problématiques jeunesses sur le territoire de Centraide Québec, Québec, Centraide Québec, décembre 1989, 68 p.

GAULIN, Jean-Guy, Le rôle des services aux étudiants dans les collèges, Québec, cégep François-Xavier-Garneau, 1988, 14 p.

GINGRAS, Paul-Émile, La formation fondamentale : la documentation canadienne, s.l.n.d., Centre d'animation, de développement et de recherche en éducation et la Direction générale de l'enseignement collégial, 98 p.

GUYON, Louise, Quand les femmes parlent de leur santé, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, 185 p.

HUOT, Jean-Marc et Yvon LEPAGE, «Sectes et nouvelles religions, folie ou thérapie...» dans Santé Société, vol. 12 no 4, (automne 1990), p. 13 à 45.

INCI-SORECOM, Les valeurs des jeunes de 16 à 20 ans; une étude pour le ministère de l'Éducation du Québec, Québec, ministère de l'Éducation du Québec, 1980, 208 p.

LALIBERTÉ, Jacques, Dossier : pour des activités de perfectionnement sur le thème de la formation fondamentale dans le cadre du CPEC de Performa, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial et la délégation collégiale du comité mixte de Performa, 1991, pagination multiple.

LEBEL, Denis et Jean-Marie MORAND, Accréditation de certains types d'initiatives de formation, Limoilou, Collège de Limoilou, octobre 1973, 85 p.

LEDUC, Constance et Philippe ROBERT de MASSY, Pour mieux vivre ensemble : guide réflexion sur la Charte des droits et libertés de la personne au Québec à l'intention des jeunes en milieu scolaire, Québec, Commision des droits de la personne du Québec, éditeur Modulo, 1988, 154 p.

LEMIRE, Yolande, Rapport annuel 1989-1990, Drummondville, cégep de Drummondville et CLSC Drummond, mai 1990, 18 p.

LEVASSEUR, Madeleine, Des problèmes prioritaires: la maladie selon les âges de la vie, Québec, Direction générale des publications gouvernementales du ministère des Communications, 1983, 189 p.

LÉVESQUE, Mireille et Danielle PAGEAU, La persévérance aux études : la conquête de la toison d'or ou l'appel des sirènes, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial, 1990, 431 p.

MARTEL, Diane, Commentaires évaluatifs sur le projet d'intervention : «la prévention et la diminution des effets nocifs du stress en période d'examens, Québec, Département de santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université Laval, mai 1984, 6 p.

NAULT, Gill et François CANTIN, Prévention en sécurité routière en milieu scolaire suivi du projet «start» 15-24 ans, s.l.n.d., CLSC Suzor-Coté, 23 p. annexe.

NOËL, Richard, Rapport des activités du service de santé 1989-1990, Lévis, cégep de Lévis-Lauzon, juin 1990, 23 p., annexes.

PELLETIER, Louise et Lucie VÉZINA, La perspective des adolescents sur leur santé : rapport de recherche, Québec, École des sciences infirmières Université Laval, mars 1985, 211 p. annexes.

PERFORMA, Les étudiants de cégep, s.l., Performa, 1990, 228 p.

PHANEUF, Jean et Monique SÉGUIN, Suicide: prévention et intervention, guide à l'usage des intervenants, Montréal, Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse, 1987, 96 p. annexe.

PROSPECTIVES, «Rétrospective : jeunesse et société 1966-1989», vol. 25 no 4 (décembre 1989), p. 171 à 250.

QUÉBEC, Conseil des collèges, La réussite, les échecs et les abandons au collégial : l'état et les besoins de l'enseignement collégial; rapport 1987-1988, Québec, Gouvernement du Québec, juin 1988, 100 p.

QUÉBEC, Conseil permanent de la jeunesse, Les couleurs de la jeunesse, noir sur blanc, rapport des Audiences publiques sur la jeunesse, Québec, Les Publications du Québec, 1990, 244 p.

QUÉBEC, Conseil supérieur de l'éducation, Les services de santé et les services sociaux à l'école, Québec, Ministère de l'Éducation du Québec, mai 1982, 24 p.

QUÉBEC, Conseil supérieur de l'éducation, Rapport annuel 1988-1989 sur l'état et les besoins de l'éducation: l'orientation scolaire et professionnelle: par delà les influences un cheminement personnel, Québec, Les Publications du Québec, 1989, 113 p.

QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Édition commentée du règlement sur le régime pédagogique du collégial, (L.R.Q., c. C-29, a. 18), Québec, Ministère de l'Éducation du Québec, 1984, 42 p.

QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les services aux étudiants vers l'an 2000: santé des jeunes (recueil des communications sur la santé des jeunes présentées à l'occasion du colloque "Les services aux étudiants vers l'an 2000", Université de Montréal, le 25 mai 1989), Québec, Direction générale de l'enseignement collégial, octobre 1989, pagination multiple.

QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les besoins de santé des élèves du collégial, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial et la Fédération des cégeps, juin 1983, 55 p.

QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les besoins de santé des élèves du collégial; annexes, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial et la Fédération des cégeps, juin 1983.

QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les services des affaires étudiantes dans les collèges, document d'orientation, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial, mars 1985, 69 p.

QUÉBEC, Gouvernement du Québec, Rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue, Québec, Les Publications du Québec, 1990, 152 p.

QUÉBEC, Les nouveaux phénomènes sociaux : la catégorie sociale «jeunesse», synthèse dirigée des connaissances soumise à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux et rédigée par Monique Provost sous la direction de Frédéric Lesemann, Québec, Les Publications du Québec, janvier 1987, 105 p.

QUÉBEC, Ministère de l'Éducation du Québec, Énoncé de politique sur les services personnels aux élèves, Québec, Ministère de l'Éducation du Québec, août 1982, 31 p.

QUÉBEC, Ministère de l'Éducation du Québec, Entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation du Québec relativement aux services destinés aux jeunes d'âge scolaire handicapés ou en difficulté d'adaptation, Québec, ministère de l'Éducation du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, 26 p.

QUÉBEC, Ministère de l'Éducation du Québec, Le phénomène drogues et les jeunes (document d'information), Québec, ministère de l'Éducation du Québec, 1987, 75 p.

QUÉBEC, Ministère de l'Éducation du Québec, Les services aux élèves dans les collèges : orientations et développement, Québec, ministère de l'Éducation du Québec, s.d., 68 p.

QUÉBEC, Ministère de l'Éducation du Québec, Les services aux élèves dans les collèges : perspectives de développement, Québec, ministère de l'Éducation du Québec, s.d., 85 p.

QUÉBEC, Ministère de l'Éducation, Guide pour assurer les services de santé aux élèves des commissions scolaires et aux étudiants des collèges d'enseignement général et professionnel, Québec, ministère de l'Éducation et le ministère des Affaires sociales, 1981 (éd. révisée), 15 p. annexes.

QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 1988, 73 p.

QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Les drogues on s'en parle (recueil de textes sur les femmes et les personnes âgées), Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988, 255 p.

QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, La drogue, si on s'en parlait, Québec, Direction des Communications, 15 p.

QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec, Les Publications du Québec, 1988, 803 p.

QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Et la santé, ça va ? tome 1 rapport de l'enquête SANTÉ QUÉBEC 1987, Québec, Les Publications du Québec, 1988, 337 p.

QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport du comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les CLSC, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 1987, 91 p.

QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Une réforme axée sur le citoyen, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 1990, 91 p. annexes.

QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Et la santé, ça va ? tome 2 rapport de l'enquête SANTÉ QUÉBEC 1987, Québec, Les Publications du Québec, 1988, 103 p.

QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Document de consultation publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur les besoins, les ressources et les orientations à l'égard des jeunes de 15 à 24 ans, Québec, Direction de la planification des services sociaux, avril 1986, 122 p.

QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Les drogues on s'en parle (recueil de textes sur les jeunes), Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988, 199 p.

QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Le système de santé et des services sociaux du Québec : un aperçu, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1989, 94 p.

QUÉBEC, Rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue, Québec, Les Publications du Québec, 1990, 152 p.

QUÉBEC, Sommet québécois de la jeunesse, S'unir pour s'en sortir (cahier thématique), s.l., Sommet québécois de la jeunesse, 1983, 87 p.

RAYMOND, Sylvaine et autres, «En parler, c'est notre solution...» une évaluation d'un programme de prévention du suicide en milieu collégial, Laval, DSC Cité de la Santé de Laval, octobre 1989, 93 p.

RAYMOND, Sylvaine et autres, «En parler, c'est notre solution...» une évaluation d'un programme de prévention du suicide en milieu collégial, annexes, Laval, DSC Cité de la Santé de Laval, octobre 1989, 54 p.

REGROUPEMENT DES INFIRMIÈRES DE CÉGEP DU QUÉBEC, Problèmes de santé des cégépiens et actions, préoccupations des infirmières responsables des Services de santé, (mémoire présenté au Conseil permanent de la jeunesse), s.l., Regroupement des infirmières de CÉGEP du Québec, juin 1989, 61 p.

REGROUPEMENT DES INFIRMIÈRES DE CÉGEP DU QUÉBEC, Demande de subvention pour un projet en prévention du SIDA dans l'ensemble des cégeps du Québec, avril 1990, 6 p.

RICARD, Philippe, Sexisme et éducation : analyse des attitudes sexistes des étudiants et étudiantes, et des pédagogues des collèges, Montréal, Collège de Rosemont, 1988, 212p.

ROBIN, Jean-Marie, Le point sur les services aux étudiants dans les CÉGEP tome 1, s.l.n.d., 132 p.

ROYER, Nicole, Un «brin» d'histoire..., Rivière-du-Loup, cégep de Rivière-du-Loup, avril 1988, 3 p.

SAUVAGEAU, Yves et Lise BERGERON, Profil des besoins de santé des jeunes en milieu scolaire du territoire du CLSC Samuel de Champlain (sommaire), Longueuil, en collaboration DSC Charles Lemoyne, CLSC Samuel de Champlain et le milieu scolaire dont le cégep Champlain, décembre 1986, 29 p.

SEGMA (86) INC., Sondage auprès des étudiants(tes) de CÉGEP 1, secondaire 5 et secondaire 4 du Québec: rapport final présenté à la revue Actualité et à la Direction des services aux étudiants de l'Université de Montréal, s.l., mai 1989, 98 p.

SORECOM, Synthèse des résultats suite à une étude menée par SORECOM auprès d'un échantillon de jeunes de 17 à 30 ans, s.l. avril 1989, 30 p.

SROUR, Clément, Les services aux élèves dans les cégeps : comparaisons avec ceux offerts dans les collèges d'arts appliqués et de technologie de l'Ontario, rapport de recherche présenté à The School of Community and Public Affairs, Montréal, Université Concordia, mai 1984, 24 p.

VERMETTE, Gabrielle, Lucie ROY et Martine BILODEAU, Impact de l'implantation des distributrices à condoms au cégep Lévis-Lauzon, Lévis, DSC Hôtel-Dieu de Lévis, janvier 1991, 61 p.

WILKINS, Jean et autres, Médecine de l'adolescence : une médecine spécifique, Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 1985, 411 p.

ANNEXE : 1

Les données sur l'effectif des établissements d'enseignement collégial du trimestre d'automne 1990 nous ont été fournies par le Service des données et de l'informatique de la Direction générale de l'enseignement collégial.

L'effectif des cégeps comprend :

> L'ensemble des personnes inscrites à l'enseignement ordinaire à temps plein ou à temps partiel. Ces personnes étaient inscrites à des programmes de formation générale, professionnelle ou hors programme.

L'effectif des écoles gouvernementales comprend :

> L'ensemble des personnes inscrites à l'enseignement ordinaire à temps plein ou à temps partiel. Ces personnes étaient inscrites à des programmes de formation générale, professionnelle ou hors programme.

L'effectif des établissements privés d'enseignement collégial comprend :

> L'ensemble des personnes inscrites à l'enseignement ordinaire à temps plein ou à temps partiel. Ces personnes étaient inscrites à des programmes de formation générale, professionnelle ou hors programme.

Répartition de l'effectif scolaire des cégeps pour le trimestre d'automne 1990

EFFECTIF DES CÉGEPS				
ÂGE	NOMBRE D'ÉLÈVES	% DU TOTAL	TOTAL CUMULATIF	% CUMULATIF
14 et 15 ans[1]	47	0,0%		
16 ans	1986	1,5%	2033	1,5%
17 ans	34847	25,9%	36880	27,4%
18 ans	34677	25,8%	71557	53,2%
19 ans	23945	17,8%	95502	71,1%
20 à 24 ans	28474	21,2%	123976	92,2%
25 à 29 ans	4724	3,5%	128700	95,7%
30 ans et plus	5715	4,3%	134415	100,0%
TOTAL	134415	100,0%		

Source : SIGDEC.
1. 2 élèves de 14 ans.

Répartition de l'effectif scolaire des cégeps selon le sexe pour le trimestre d'automne 1990

EFFECTIF DES CÉGEPS						
ÂGE	NOMBRE D'ÉLÈVES	% DU TOTAL	FEMMES	% DU TOTAL	HOMMES	% DU TOTAL
14 et 15 ans	47	0,0%	28	0,0%	19	0,0%
16 ans	1986	1,5%	1146	0,9%	840	0,6%
17 ans	34847	25,9%	19904	14,8%	14943	11,1%
18 ans	34677	25,8%	19492	14,5%	15185	11,3%
19 ans	23945	17,8%	12511	9,3%	11434	8,5%
20 à 24 ans	28474	21,2%	13236	9,8%	15238	11,3%
25 à 29 ans	4724	3,5%	2592	1,9%	2132	1,6%
30 ans et plus	5715	4,3%	4209	3,1%	1506	1,1%
TOTAL	134415	100,0%	73118	54,4%	61297	45,6%

Source : SIGDEC

Répartition de l'effectif scolaire des centres d'enseignement pour le trimestre d'automne 1990

EFFECTIF DES CENTRES D'ENSEIGNEMENT				
ÂGE	NOMBRE D'ÉLÈVES	% DU TOTAL	TOTAL CUMULATIF	% CUMULATIF
14 et 15 ans[1]	0	0,0%		
16 ans	8	0,5%	8	0,5%
17 ans	209	13,8%	217	14,4%
18 ans	285	18,8%	502	33,2%
19 ans	328	21,7%	830	54,9%
20 à 24 ans	523	34,6%	1353	89,5%
25 à 29 ans	95	6,3%	1448	95,8%
30 ans et plus	64	4,2%	1512	100,0%
TOTAL	1512	100,0%		

Source : SIGDEC.
1. Aucun élève de 14 ans.

Répartition de l'effectif des centres d'enseignement selon le sexe pour le trimestre d'automne 1990

EFFECTIF DES CENTRES D'ENSEIGNEMENT SELON LE SEXE						
ÂGE	NOMBRE D'ÉLÈVES	% DU TOTAL	FEMMES	% DU TOTAL	HOMMES	% DU TOTAL
14 et 15 ans	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
16 ans	8	0,5%	5	0,3%	3	0,2%
17 ans	209	13,8%	102	6,7%	107	7,1%
18 ans	285	18,8%	130	8,6%	155	10,3%
19 ans	328	21,7%	166	11,0%	162	10,7%
20 à 24 ans	523	34,6%	266	17,6%	257	17,0%
25 à 29 ans	95	6,3%	52	3,4%	43	2,8%
30 ans et plus	64	4,2%	46	3,0%	18	1,2%
TOTAL	1512	100,0%	767	50,7%	745	49,3%

Source : SIGDEC.

Répartition de l'effectif scolaire des établissements privés pour le trimestre d'automne 1990

EFFECTIF DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS				
ÂGE	NOMBRE D'ÉLÈVES	% DU TOTAL	TOTAL CUMULATIF	% CUMULATIF
14 et 15 ans[1]	25	0,1%		
16 ans	469	2,5%	494	2,6%
17 ans	4100	21,6%	4594	24,1%
18 ans	4117	21,6%	8711	45,8%
19 ans	2333	12,3%	11044	58,1%
20 à 24 ans	3491	18,4%	14535	76,4%
25 à 29 ans	1125	5,9%	15660	82,3%
30 ans et plus	3364	17,7%	19024	100,0%
TOTAL	19024	100,0%		

Source : SIGDEC.
1. 4 élèves de 14 ans.

Répartition de l'effectif scolaire des établissements privés selon le sexe pour le trimestre d'automne 1990

EFFECTIF DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS SELON LE SEXE						
ÂGE	NOMBRE D'ÉLÈVES	% DU TOTAL	FEMMES	% DU TOTAL	HOMMES	% DU TOTAL
14 et 15 ans	25	0,1%	18	0,1%	7	0,0%
16 ans	469	2,5%	242	1,3%	227	1,2%
17 ans	4100	21,6%	2515	13,2%	1585	8,3%
18 ans	4117	21,6%	2511	13,2%	1606	8,4%
19 ans	2333	12,3%	1523	8,0%	810	4,3%
20 à 24 ans	3491	18,4%	2360	12,4%	1131	5,9%
25 à 29 ans	1125	5,9%	760	4,0%	365	1,9%
30 ans et plus	3364	17,7%	2695	14,2%	669	3,5%
TOTAL	19024	100,0%	12624	66,4%	6400	33,6%

Source : SIGDEC.

ANNEXE 2

Les données les plus récentes traitant des problèmes de santé des jeunes nous sont fournies par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui réalisa en 1987, en collaboration avec les Départements de santé communautaire, une enquête générale sur la santé des Québécoises et des Québécois. Les résultats de cette enquête sont publiés sous le titre «Et la santé, ça va ?».[1] Certaines données concernant la population agée de 15 à 29 ans ont fait l'objet d'une publication particulière intitulée : «Les jeunes adultes».[2] Des données sur la santé concernant plus spécifiquement les élèves des cégeps sont également disponibles. À notre connaissance toutefois, une seule enquête a été réalisée dans le réseau des cégeps. Elle remonte à 1983 et huit mille cinq cent quatre-vingt-quinze élèves répartis dans quarante-deux cégeps y participèrent.[3] Elle constitue, en dépit des huit années écoulées, une source importante pour ne pas dire unique d'information pour l'ensemble du réseau, à laquelle les intervenantes et les intervenants en santé se réfèrent encore maintenant.

La seconde source d'information à laquelle nous puiserons est constituée par des textes synthèses qui traitent des problèmes de santé rencontrés par les élèves des cégeps.[4] D'autres traitent, dans le cadre d'enquêtes spécifiques, des problèmes de santé des jeunes en général.[5]

La troisième et dernière source de données sur les problèmes de santé des élèves des cégeps provient d'enquêtes effectuées dans des cégeps et qui parfois sont réalisées en collaboration avec le personnel du Centre local de services communautaires (CLSC) ou du Département de santé communautaire (DSC) de la région. Ces enquêtes portent généralement, mais pas exclusivement, sur des thèmes particuliers comme les maladies transmissibles sexuellement (MTS) et la consommation des psychotropes. La documentation recueillie traite de :

- la sexualité, les maladies transmissibles sexuellement et le SIDA;[6]
- la consommation de l'alcool et des psychotropes;[7]
- le stress, le suicide et les problèmes de santé mentale;[8]
- les besoins de santé, la conception de la santé, l'alimentation, etc.[9]

1. QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Et la santé, ça va ? tome 1 rapport de l'enquête SANTÉ QUÉBEC 1987, Québec, Les publications du Québec, 1988, 337 p. QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Et la santé, ça va ? tome 2 rapport de l'enquête SANTÉ QUÉBEC 1987, Québec, Les publications du Québec, 1988, 103 p.

2. AYOTTE, Violaine, et Marc FERLAND, Et la santé, ça va ? Les jeunes adultes, Québec, Les publications du Québec, 1989, 57 p.

3. QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les besoins de santé des élèves du collégial, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial et la Fédération des cégeps, juin 1983, 55 p.

QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les besoins de santé des élèves du collégial: annexes, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial et la Fédération des cégeps, juin 1983.

4. CLSC SAINTE-FOY-SILLERY, Programme-cadre : la santé des jeunes au collégial, Sainte-Foy-Sillery, CLSC Le Phare, novembre 1990, 106 p.

REGROUPEMENT DES INFIRMIÈRES DE CEGEP DU QUÉBEC, Problèmes de santé des cégépiens et actions, préoccupations des infirmières responsables des Services de santé, (mémoire présenté au Conseil permanent de la jeunesse), s.l., Regroupement des infirmières de CEGEP du Québec, juin 1989, 61 p.

5. Nous en mentionnons ici quelques-uns à titre indicatif.

AYOTTE, Violaine, et autres, Éléments pour constituer une problématique-santé concernant les adolescents du territoire du DSC du CHUL, s.l., Département de santé communautaire du CHUL, mai 1982, XXXIII et 307 p.

BAYARD, Jean, Recherche santé des jeunes, recherche réalisée sous la coordination de Yves Sauvageau, Longueuil, CLSC Longueuil-Est et DSC Hôpital Charles-LeMoyne, octobre 1988, 249 p. annexes.

GAGNON, Claude, Les jeunes en difficulté : état de situation des problématiques jeunesses sur le territoire de Centraide Québec, Québec, Centraide Québec, décembre 1989, 68 p.

LEVASSEUR, Madeleine, Des problèmes prioritaires : la maladie selon les âges de la vie, Québec, Direction générale des publications gouvernementales du ministère des Communications, 1983, 189 p.

GUYON, Louise, Quand les femmes parlent de leur santé, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, 185 p.

6. CÉCEP LIONEL-GROULX, Compilation des données du sondage MTS, contraception et distributrice à condoms, Cégep Lionel-Groulx, octobre 1987, pagination multiple.

CÉGEP LIONEL-GROULX, Enquête SIDA-PRÉVENTION, questionnaire d'enquête.

COLLÈGE LIONEL-GROULX, Texte de présentation par le Directeur général du vidéo sur le SIDA et les MTS DSC-CLSC-COLLÈGE : «Su'l bord de l'amour y'a deux trottoirs», 11 février 1991, pagination multiple.

REGROUPEMENT DES INFIRMIÈRES DE CEGEP DU QUÉBEC, Demande de subvention pour un projet en prévention du SIDA dans l'ensemble des cégeps du Québec, avril 1990, 6 p.

DUBÉ, Laurette, et Gabi B. REAIDI, Identification de paramètres d'efficacité dans les communications visant l'adoption de comportements préventifs contre le SIDA chez les jeunes de 15 à 19 ans; vue d'ensemble du projet et collaboration avec les cégeps participant à la 1re phase, Montréal, Université de Montréal, octobre 1990, 6 p.

DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU C. H. HÔTEL-DIEU DE GASPÉ, Normes d'immunisation et de prévention pour les étudiants des institutions d'enseignement en stage dans les établissements, Gaspé, DSC de Gaspé et cégep de la Gaspésie et des Îles, mars 1988, 33 p.

CÉGEP DE LA GASPÉSIE ET DES ÎLES, Sondage sur les MTS, avril 1989, 4 p. annexe constituée des tableaux de croisement de variables.

CÉGEP DE SAINT-FÉLICIEN, Résultats du sondage concernant les connaissances, comportements, besoins et valeurs face aux MTS, Saint-Félicien, novembre 1989, 3 p.

CÉGEP DE SAINT-HYACINTHE, Résultats du sondage sur les attitudes et les comportements face à la sexualité, Saint-Hyacinthe, cégep de Saint-Hyacinthe, août 1990, 15 p.

CÉGEP DE RIVIÈRE-DU-LOUP ET CLSC RIVIÈRES ET MARÉES, Résultats du sondage sur les MTS, Rivière-du-Loup, cégep de Rivière-du-Loup et CLSC Rivières et Marées, s.d., 6 p.

CÉGEP CHAMPLAIN, Résultats du sondage sur la sexualité chez les étudiants cégépiens, Longueuil, cégep Champlain et CLSC Samuel-de-Champlain, juin 1990, 5 p.

DESJARDINS, Marie-France, Simon LANGLOIS, et Yolande LEMOYNE, Enquête épidémiologique sur la sexualité d'adolescents fréquentant un cégep, extrait de L'Union médicale du Canada, septembre 1986, résumé 4 p.

7. CÉGEP LÉVIS-LAUZON, Résultats du sondage concernant la consommation de drogue, alcool et médicaments au cégep Lévis-Lauzon, Lévis, mars 1989, 10 p.

CÉGEP LIONEL-GROULX, Étude épidémiologique sur la consommation de produits psychotropes au collège Lionel-Groulx : questionnaire d'enquête, Sainte-Thérèse, av. 1989.

NAULT, Gill, et François CANTIN, Prévention en sécurité routière en milieu scolaire suivi du projet «start» 15-24 ans, s.l., CLSC Suzor-Coté, 23 p. annexe.

8. BÉDARD, Marie-Berthe, et autres, Le stress : projet d'intervention dans les collèges du territoire du DSC du CHUL, Québec, Département de santé communautaire du Centre Hospitalier de l'Université Laval, 1983.

CÉGEP DE JOLIETTE-DE-LANAUDIÈRE, Mémoire sur le plan régional d'organisation de services présenté au Conseil de la santé et des services sociaux De Lanaudière et des Laurentides, Joliette, Cégep de Joliette-De Lanaudière, Services aux étudiants et étudiantes, programme en soins infirmiers, techniques d'éducation spécialisée, 30 novembre 1990, 16 p. annexes.

CÉGEP, Mémoire concernant la proposition de plan d'organisation de services en santé mentale dans la Montérégie, présenté par les collèges d'enseignement général et professionnel de la Montérégie (Cégep Édouard-Montpetit, Cégep de Granby, Cégep Sorel-Tracy, Cégep de Saint-Hyacinthe, Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu, Cégep Champlain campus de Saint-Lambert à Longueuil, Cégep de Valleyfield), Saint-Jean-sur-Richelieu, décembre 1990, 6 p.

CÉGEP DE SAINT-HYACINTHE, Résultats du sondage sur le suicide au collégial : portrait du cégep de St-Hyacinthe, Saint-Hyacinthe, Cégep de Saint-Hyacinthe, 1990, 4 p.

CÉGEP VICTORIAVILLE, Sondage sur le stress : résultats partiels et questionnaire d'enquête, s.l.n.d., pagination multiple.

CHIASSON, Luc, Les événements stressants de la vie du cégépien: construction d'une échelle de mesure, Lévis, Cégep de Lévis-Lauzon, 1988, 167 p.

DELISLE, Noëlandré, et Lise DALLAIRE-DUROCHER, Étude descriptive des activités de promotion et de prévention primaire en santé mentale dans le Haut-Richelieu, Saint-Jean-sur-Richelieu, Département de santé communautaire de l'hôpital du Haut-Richelieu, mars 1990, 26 p. annexes.

MARTEL, Diane, Commentaires évaluatifs sur le projet d'intervention : «la prévention et la diminution des effets nocifs du stress en période d'examens», Québec, Département de santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université Laval, mai 1984, 6 p.

RAYMOND, Sylvaine, et autres, «En parler, c'est notre solution...» une évaluation d'un programme de prévention du suicide en milieu collégial, Laval, DSC Cité de la Santé de Laval, octobre 1989, 93 p.

RAYMOND, Sylvaine, et autres, «En parler, c'est notre solution...» une évaluation d'un programme de prévention du suicide en milieu collégial, annexes, Laval, DSC Cité de la Santé de Laval, octobre 1989, 54 p.

9. CÉGEP DE RIVIÈRE-DU-LOUP, L'éducation, une clef pour la santé de tous les Québécois, mémoire soumis à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux connexes, Rivière-du-Loup, Cégep de Rivière-du-Loup, 27 janvier 1986, 15 p.

CÉGEP DE RIVIÈRE-DU-LOUP, Résultats du sondage : les jeunes du cégep de Rivière-du-loup et la santé cardio-vasculaire, Rivière-du-Loup, Cégep de Rivière-du-Loup, automne 1989, 3 p.

CÉGEP DE RIVIÈRE-DU-LOUP, Résultats du sondage : dépistage hypertension artérielle, Rivière-du-Loup, Cégep de Rivière-du-Loup, février 1990, 3 p.

CÉGEP DE RIVIÈRE-DU-LOUP, Résultats du sondage : dépistage hypercholestérolémie, Rivière-du-Loup, Cégep de Rivière-du-Loup, février 1990, 2 p.

CLOUÂTRE, Ginette, et autres, Les besoins de santé bio-psycho-sociale des étudiants du cégep Saint-Jean-sur-Richelieu (projet santécégep), Saint-Jean-sur-Richelieu, Département de santé communautaire de l'hôpital du Haut-Richelieu, avril 1987, 48 p. annexes.

DESALLIERS-PELLETIER, Pierrette, et Denise SIMARD, Résultat du sondage : besoins, évaluation et suggestions des cégépiens(nes) face à l'alimentation, les thèmes-santé et les activités réalisées par le service de santé, Sainte-Thérèse, Collège Lionel-Groulx et CLSC de Sainte-Thérèse, juin 1987, 45 p.

DESALLIERS-PELLETIER, Pierrette, et Denise SIMARD, Amélioration de la qualité des repas offerts à la clientèle du collège Lionel-Groulx : analyse, évaluation et voies d'action, Sainte-Thérèse, Collège Lionel-Groulx et CLSC de Sainte-Thérèse, janvier 1990, 42 p. annexes.

ANNEXE : 3

La fatigue, la tension et le stress chez les élèves des cégeps, réseau des cégeps 1983, en pourcentage.

ÉNONCÉS	FEMMES	HOMMES	TOTAL
Je suis souvent nerveux et tendu.	57,5	43,7	51,1
J'aimerais connaître des moyens pour mieux relaxer.	80,6	70,7	76,1
Les examens et les travaux scolaires me tracassent.	73,5	64,7	69,5
Je souffre souvent d'insomnie.	21,9	18,6	20,4
Ma charge de travail au cégep est trop lourde.	50,2	46,8	48,7
Je suis anxieux face à mon avenir.	74,0	69,7	72,1
Je me sens souvent fatigué.	65,6	54,4	60,5
La situation présente de l'emploi me préoccupe.	87,9	84,5	86,4
J'aimerais pouvoir compter sur des actions du cégep pour me renseigner sur des moyens de relaxation.	68,0	59,8	64,2
En général, les moments que je passe au cégep sont pénibles.	14,0	15,4	14,6
J'aimerais être moins tendu.	71,4	62,0	67,1
Je trouve difficile de vivre au cégep.	25,3	23,0	24,2
Le collège pourrait me fournir de meilleurs moyens pour aménager mon horaire de cours.	65,9	70,5	68,0
Sur semaine je dors 5 heures ou moins par nuit.	3,7	5,0	4,3
En fin de semaine je dors 5 heures ou moins par nuit.	4,2	6,7	5,3

Source : QUÉBEC, Direction générale de l'enseignement collégial, Les besoins de santé des élèves du collégial, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial et la Fédération des cégeps, juin 1983, p. 27-28.

ANNEXE : 4

Répartition des cégeps en nombre et en pourcentage selon le nombre d'heures travaillées en 1989-1990 par les médecins.

NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES	NOMBRE DE CÉGEPS	%
Moins de 100 heures	5	29
De 101 à 200 heures	7	41
Plus de 201 heures	5	29
TOTAL	17	99

Source : données de l'enquête sur les services de santé. Les calculs et la présentation du tableau sont de nous.

Répartition des cégeps selon l'importance de leur effectif scolaire et selon le total d'heures travaillées en 1989-1990 par les médecins.

IMPORTANCE SELON L'EFFECTIF SCOLAIRE	NOMBRE DE CÉGEPS	%	TOTAL D'HEURES TRAVAILLÉES ANNUELLEMENT	%
Moins de 1500	3	18	640	15
De 1500 à 3499	8	47	935	22
Plus de 3500	6	35	2 635	62
TOTAL	17	100	4 210	100

Source : données de l'enquête sur les services de santé. Les calculs et la présentation du tableau sont de nous.

Répartition des cégeps selon la région et selon le total d'heures travaillées en 1989-1990 par les médecins.

RÉGION[****]	NOMBRE DE CÉGEPS	%	TOTAL D'HEURES TRAVAILLÉES ANNUELLEMENT	%
Montréal et Québec	10	59	1652	39
Centre du Québec	3	18	1 804	43
Régions périphériques aux centres urbains	3	18	614	15
Régions éloignées	1	6	140	3
TOTAL	17	101	4210	100

Source : données de l'enquête sur les services de santé. Les calculs et la présentation du tableau sont de nous.

[****] RÉPARTITION DES CÉGEPS SELON LES RÉGIONS

Région de Montréal et de Québec : Ahuntsic, André-Laurendeau, Bois-de-Boulogne, Dawson, Champlain, Édouard-Montpetit, John-Abbott, Lionel-Groulx, Maisonneuve, Montmorency, Rosemont, Saint-Hyacinthe, Saint-Jean-sur-Richelieu, Saint-Jérôme, Saint-Laurent, Valleyfield, Vanier, Vieux Montréal, F.-X.-Garneau, Lévis-Lauzon, Limoilou, Sainte-Foy;

Région du centre du Québec : Granby, Joliette, Sorel-Tracy, Drummondville, La Pocatière, Région de l'Amiante, Shawinigan, Sherbrooke, Trois-Rivières, Victoriaville;

Régions périphériques aux centres urbains : Alma, Chicoutimi, Jonquière, Outaouais, Rimouski, Rivière-du-Loup, Saint-Félicien, Héritage;

Régions éloignées : Abitibi-Témiscamingue, Baie-Comeau, Gaspésie et des Îles, Matane, Sept-Îles.

ANNEXE 5

1.0 ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE SANTÉ*****

1.1 Le ministre des Affaires sociales, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c.S-5, art. 3b et 3d) voit :

à rendre accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la gamme complète des services de santé et des services sociaux, y compris la prévention et la réadaptation, de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social;

à mieux adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins de la population en tenant compte des particularités régionales et à répartir entre ces services les ressources humaines et financières de la façon la plus juste et rationnelle possible.

1.2 Le ministre des Affaires sociales, en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., c. P-35, art. 2a, 2b et 2f), a pour fonction :

de coordonner les mesures de protection de la santé publique ainsi que la distribution et la surveillance des services relatifs à cette protection;

de participer à l'élaboration de programmes d'éducation populaire, de formation et de recherche dans des domaines de la prévention, du dépistage et du traitement des maladies, de la réadaptation et de la santé publique en général;

de voir à ce que soient assurés des services de prévention et d'immunisation contre certaines maladies et des services de prévention contre les affections dentaires.

2.0 JURIDICTION RESPECTIVE DES DEUX MINISTÈRES

2.1 Les centres hospitaliers sont sous la juridiction du ministre des Affaires sociales conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. c. S-5) et au Règlement concernant l'application de ladite loi.

***** Extrait de : QUÉBEC, Ministère de l'Éducation, Guide pour assurer les services de santé aux élèves des commissions scolaires et aux étudiants des collèges d'enseignement général et professionnel, Québec, ministère de l'Éducation et le ministère des Affaires sociales, 1981 (éd. révisée), p. 4-11.

2.2 Les institutions d'enseignement[******] sont sous la juridiction du ministre de l'Éducation conformément à la Loi sur l'instruction publique (L.R.Q., c. I-14) et à la Loi sur les collèges d'enseignement général et professionnel (L.R.Q., c. C-29).

2.3 Le ministère de l'Éducation d'une part, et le ministère des Affaires sociales d'autre part, reconnaissent qu'il est opportun qu'une institution d'enseignement assure à ses élèves ou étudiants des services de santé dispensés par le centre hospitalier[*******].

3.0 RESPONSABILITÉS RESPECTIVES DES DEUX MINISTÈRES

3.1.1 Le ministère des Affaires sociales a la responsabilité :

3.1.2 d'élaborer une politique de services de santé et d'en promouvoir le développement par des programmes appropriés;

3.1.3 d'assurer l'organisation et le maintien d'établissements de santé.

3.2.1 Le ministère de l'Éducation a la responsabilité :

3.2.2 d'élaborer une politique d'éducation et d'en promouvoir le développement par des programmes appropriés;

3.2.3 d'assurer l'organisation et le maintien d'institutions d'enseignement.

4.0 RESPONSABILITÉS RESPECTIVES ET CONJOINTES DES CENTRES HOSPITALIERS ET DES INSTITUTIONS D'ENSEIGNEMENT

4.1 RESPONSABILITÉS DU CENTRE HOSPITALIER

C'est au centre hospitalier qu'il incombe :

4.1.1 d'identifier les besoins de santé;

4.2 RESPONSABILITÉS DE L'INSTITUTION D'ENSEIGNEMENT

C'est à l'institution d'enseignement qu'il incombe :

4.2.1 d'identifier la clientèle à desservir par le centre hospitalier et de collaborer à l'i-

[******] Dans le présent texte, une institution d'enseignement désigne une commission scolaire ou un collège d'enseignement général et professionnel.

[*******] Dans le présent texte, un centre hospitalier réfère à un centre hospitalier désigné pour opérer un département de santé communautaire.

			dentification de besoins particuliers de santé;
4.1.2	de déterminer la nature et le contenu des programmes à offrir, entre autres, la prévention, le dépistage, les premiers soins (...), l'immunisation et l'information en matière de santé;	4.2.2	de participer à l'élaboration des programmes de santé, de convenir des modalités d'application de ces programmes et d'assurer sa responsabilité face à la politique des premiers soins;
4.1.3	de recruter, de sélectionner et d'affecter le personnel de santé nécessaire à l'application des programmes de santé selon les postes budgétaires alloués par le ministère des Affaires sociales;	4.2.3	de recruter, de sélectionner et d'affecter le personnel de secrétariat nécessaire à l'application des programmes de santé, en tenant compte des règles budgétaires des commissions scolaires;
4.1.4	de fournir, avant le début de l'année scolaire, à l'institution d'enseignement, le nom du responsable des services de santé en milieu scolaire ainsi que les noms et les qualifications du personnel de santé;	4.2.4	de fournir, avant le début de l'année scolaire, au centre hospitalier, le nom du répondant des services de santé de l'institution d'enseignement ainsi que les noms du personnel de secrétariat et de direction des écoles ou du collège (campus);
4.1.5	de préparer adéquatement le personnel chargé de l'exécution des programmes d'activités de santé, de promouvoir sa participation aux activités éducatives du milieu scolaire et de voir au perfectionnement de ce personnel;	4.2.5	de favoriser la participation et l'intégration fonctionnelle du personnel de santé à l'équipe des services personnels aux élèves ou des services aux étudiants, de voir à accueillir le personnel de santé et à l'informer des politiques, règlements et coutumes de l'école ou du collège (campus);
4.1.6	de remplacer tout membre du personnel de santé qui ne peut continuer à exercer ses	4.2.6	de remplacer tout membre du personnel de secrétariat qui ne peut continuer à exercer

	fonctions au cours de l'année du contrat;		ses fonctions au cours de l'année du contrat;
4.1.7	de gérer les conditions de travail du personnel de santé et, avec la collaboration des représentants de l'institution d'enseignement, préciser certaines dispositions se rapportant notamment aux jours et aux heures de travail, aux rencontres professionnelles, aux vacances annuelles et aux congés statutaires;	4.1.7	de gérer les conditions de travail du personnel de secrétariat;
4.1.8	de s'entendre avec l'institution d'enseignement sur un calendrier de présence du personnel de santé à l'école ou au collège (campus);	4.2.8	d'informer le centre hospitalier du calendrier scolaire et de s'entendre avec ce dernier sur un calendrier de présence du personnel de santé à l'école ou au collège (campus);
4.1.9	de tenir le dossier de santé des élèves ou des étudiants conformément aux dispositions relatives à la confidentialité, à l'accessibilité, à la transmission et à la conservation du dossier. (Loi sur les services de santé et les services sociaux et Règlement concernant l'application de ladite loi; Loi sur la protection de la santé publique);	4.2.9	d'assurer la garde matérielle du dossier de santé des élèves ou des étudiants pendant que ces derniers fréquentent l'institution d'enseignement;
4.1.10	de procurer le matériel professionnel nécessaire à l'application des programmes de santé;	4.2.10	de fournir, dans le cadre des normes générales du ministère de l'Éducation, les locaux, le mobilier, l'ameublement et l'outillage nécessaires à l'application des programmes de santé;

4.1.11	de contrôler et d'évaluer le rendement des programmes et du personnel de santé et de formuler, s'il y a lieu, toutes observations pertinentes sur l'application des programmes de santé dans l'institution d'enseignement.	4.2.11	de formuler, annuellement ou au besoin, des observations pertinentes à l'application des programmes de santé dans l'institution d'enseignement.

5.0 RESPONSABILITÉS CONJOINTES DU CENTRE HOSPITALIER ET DE L'INSTITUTION D'ENSEIGNEMENT

5.1 L'analyse de la carte de concordance entre les territoires des institutions d'enseignement démontre, d'une part, qu'un centre hospitalier dessert plusieurs institutions d'enseignement et d'autre part, que, dans certains cas, des institutions d'enseignement sont desservies par plus d'un centre hospitalier.

5.2 Il appartient au centre hospitalier et à l'institution d'enseignement, qui sont jumelés, de créer un comité mixte (...) et de signer un contrat de services (...) sanctionnant l'application et le développement des programmes de santé pour la clientèle scolaire desservie par le centre hospitalier.

5.3 Cette situation oblige tous les centres hospitaliers et plusieurs institutions d'enseignement à participer à plus d'un comité mixte et à signer plus d'un contrat.

5.4 Afin d'alléger la procédure administrative, il est suggéré que le centre hospitalier tienne des réunions d'information et de discussion générale des termes du contrat avec les représentants des institutions d'enseignement du territoire desservi par ce centre hospitalier.

Si les institutions d'enseignement du territoire desservi par un centre hospitalier en conviennent, elles peuvent s'entendre pour déléguer quelques personnes à un comité de coordination formé de représentants des institutions d'enseignement et du centre hospitalier concerné.

Cette coordination souhaitée entre les institutions d'enseignement devrait être possible entre les centres hospitaliers qui desservent la même institution d'enseignement.

5.5 Un centre hospitalier signe un contrat de services avec chaque institution d'enseignement qu'il dessert et une institution d'enseignement signe un contrat de services avec chaque centre hospitalier qui le dessert, même si les institutions d'enseignement ont créé un comité de coordination.